

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

ESSAI PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR
MARIE-PIER LEFEBVRE

L'EFFET DU PROGRAMME GESTION DES BUTS PERSONNELS SUR LA
DÉPRESSION DE PERSONNES ÂGÉES

AVRIL 2012

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE (D.PS)

PROGRAMME OFFERT PAR L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-
RIVIÈRES

L'EFFET DU PROGRAMME GESTION DES BUTS PERSONNELS SUR LA
DÉPRESSION DE PERSONNES ÂGÉES

PAR
MARIE-PIER LEFEBVRE

Micheline Dubé, directrice de recherche Université du Québec à Trois-Rivières

Sylvie Lapierre, codirectrice de recherche Université du Québec à Trois-Rivières

Léandre Bouffard, évaluateur externe Université de Sherbrooke

Essai déposé le 24 avril 2012

Sommaire

Cet essai vise principalement à examiner l'amélioration des habiletés liées à la réalisation de buts personnels chez des personnes âgées dépressives qui ont participé au programme Gestion des buts personnels, ainsi que la diminution du niveau de dépression. Un échantillon de 19 participants dépressifs âgés de 65 ans et plus a complété le programme. Tous ont rempli des questionnaires portant sur leurs habiletés de réalisation de buts personnels et leur niveau de dépression. Selon les hypothèses retenues, les participants reconnaîtront avoir de meilleures habiletés pour réaliser des buts personnels à la fin du programme en comparaison avec le début et ils présenteront une diminution de leur niveau de dépression. De plus, plus ils amélioreront leurs habiletés liées aux buts, plus leur niveau de dépression diminuera. Par ailleurs, compte tenu de la polémique quant à la pertinence d'insérer ou non des items somatiques dans l'évaluation de la dépression chez la clientèle âgée, deux instruments de mesure ont été comparés. De plus, l'effet de la maladie physique sur la dépression a été évalué par la formation de deux sous-groupes, un comportant les participants ayant au moins une maladie invalidante, l'autre non. Des analyses de comparaison de moyennes prétest et post-test ont permis de confirmer les hypothèses. Comparativement au prétest, les participants ont manifesté, à la fin du programme, une amélioration significative de leurs habiletés à réaliser des buts personnels ainsi qu'une diminution significative de leur niveau de dépression. Par ailleurs, plus les participants ont amélioré leurs habiletés liées aux buts, plus leur niveau de dépression a diminué. Dans l'ensemble, ces résultats s'avèrent significatifs tant pour l'échantillon total que pour les deux sous-groupes.

Table des matières

Sommaire	iii
Liste des tableaux	vii
Remerciements	viii
Introduction	1
Contexte théorique	5
La dépression chez les personnes âgées	6
Épidémiologie de la dépression chez les sujets âgés	7
Définition de la dépression	10
Caractéristiques de la dépression chez le sujet âgé	10
Étiologie de la dépression chez les personnes âgées	13
Pièges diagnostiques	16
Troubles somatiques, maladies physiques et médication	16
Deuil pathologique et deuils multiples	19
Trouble d'adaptation	21
Troubles cognitifs	22
Conséquences de la dépression chez la personne âgée	25
Buts personnels.....	27
Définition	28
Classification des buts	29
Hiérarchisation des buts.....	31

Buts personnels et bien-être psychologique	32
Processus de réalisation des buts et bien-être psychologique	34
Buts personnels et dépression	37
Stratégies d'intervention portant sur les buts	41
Traitements individuels	41
Traitements de groupe	45
Programme d'habiletés de vie pour adolescents	45
Programme d'objectifs personnels	49
Programme Gestion des buts personnels	51
Objectif et hypothèses	55
Méthode	58
Participants	59
Instruments de mesure	59
Dépression	60
Déficits cognitifs	61
Réalisation des buts	62
Santé physique	62
Déroulement de l'expérimentation	63
Plan de l'expérience	64
Résultats	66
Analyse des données	67
Présentation des résultats	69

Discussion	76
Analyses préliminaires	77
Hypothèses	79
Forces et faiblesses de l'étude	85
Développement futur	87
Conclusion	89
Références	92
Appendice A. Échelle de dépression gériatrique	108
Appendice B. Questionnaire Processus de réalisation des buts	110
Appendice C. Analyses par items des résultats aux questionnaires de dépression selon le groupe d'appartenance	113

Liste des tableaux

Tableau

1	Les étapes du programme Gestion des buts personnels	53
2	Comparaison de moyennes entre le prétest et le post-test pour la dépression et la réalisation des buts (échantillon total, N = 19)	71
3	Comparaison de moyennes entre le prétest et le post-test pour la dépression et la réalisation des buts (sous-échantillon ayant au moins une maladie invalidante, n = 8)	71
4	Comparaison de moyennes entre le prétest et le post-test pour la dépression et la réalisation des buts (sous-échantillon sans maladie invalidante, n = 11)	72
5	Comparaison de moyennes entre le prétest et le post-test pour les items du BDI-II (échantillon total, N = 19)	73
6	Comparaison de moyennes entre le prétest et le post-test pour les items de l'ÉDG (échantillon total, N = 19)	74
7	Comparaison de moyennes entre le prétest et le post-test pour les items du BDI-II (sous-échantillon ayant au moins une maladie invalidante, n = 8)...	114
8	Comparaison de moyennes entre le prétest et le post-test pour les items de l'ÉDG (sous-échantillon sans maladie invalidante, n = 8).....	115
9	Comparaison de moyennes entre le prétest et le post-test pour les items du BDI-II (sous-échantillon ayant au moins une maladie invalidante, n = 11).	116
10	Comparaison de moyennes entre le prétest et le post-test pour les items de l'ÉDG (sous-échantillon sans maladie invalidante, n = 11)	117

Remerciements

L'auteure souhaite remercier en premier lieu sa directrice de recherche, Madame Micheline Dubé, Ph.D., professeure au département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières, pour son soutien, son investissement de temps et d'énergie, son aide technique, ses conseils judicieux et son esprit d'analyse critique tout au long de la réalisation de cet essai. L'auteure souhaite également remercier Lyson Marcoux, M. A., chargée de cours au département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières, pour avoir offert la formation sur l'animation du programme Gestion des buts personnels, ainsi que les participantes de la formation, Ariane Émond-Provencher, Aglaé Lemarchand et Caroline Mailhot. Toutes ont permis à l'auteure de goûter au programme en mettant un but en pratique, soit la réalisation de cet essai, ce qui est maintenant chose accomplie à ce jour. De plus, elles ont servi de soutien moral tout au long de ce parcours.

Introduction

Quand commence le vieillissement? Il y a plusieurs décennies, les gens étaient considérés comme vieux à 50 ans. Aujourd'hui, la plupart des gens sont encore sur le marché du travail à cet âge. Selon la Régie des rentes du Québec (2006), en 2000, l'âge moyen pour prendre sa retraite était de 59 ans. L'espérance de vie atteignant actuellement près de 81 ans au Québec, les individus ont donc en moyenne une vingtaine d'années à s'occuper sans travailler, soit le temps entre le moment de la retraite et la mort (Payeur, 2011). À cette période de leur vie, les gens sont souvent confrontés à différentes situations fréquentes au cours de la vieillesse, comme la maladie physique qui peut engendrer des limitations importantes (Alexopoulos, 2005; Beattie, Pachana, & Franklin, 2010; Bulut, 2005) et les deuils multiples (Bulut, 2005; Clément, Darthout, & Nubukpo, 2006; Léo & Gallarda, 2000). Ces incidents peuvent faire surgir des symptômes dépressifs, voire même une dépression. Par ailleurs, en prenant leur retraite, la majorité des gens quittent le milieu du travail, milieu qui occupait, pour la plupart, une bonne partie de leur temps. S'ils ne parviennent pas à trouver de nouveaux projets qui donnent du sens à leur vie, le risque qu'une dépression surgisse est important. En effet, il est reconnu qu'une absence de buts significatifs dans la vie est un facteur de risque important pouvant conduire au développement d'une dépression (Bulut, 2005; Kelly, Mansell, & Wood, 2011; Margiotta, 2006; Rothbaum, Morling, & Rusk, 2009).

À l'heure actuelle, on estime à 30 % le nombre de personnes âgées aux prises avec des symptômes dépressifs, qu'elles aient reçu un diagnostic ou non (Blazer, 2002; Clément & Léger, 1996). Ce chiffre élevé est inquiétant et il mérite d'être considéré, surtout avec l'arrivée des baby-boomers qui feront bientôt face à la vieillesse. Il est donc important de bien comprendre ce qu'est la dépression, plus particulièrement chez la clientèle âgée, pour mieux la dépister, mais également pour venir en aide à ces gens. Comme l'absence de buts significatifs est un facteur de risque important et que les buts sont corrélés avec le bien-être psychologique (Emmons, 1996; Johnson, Carver, & Fulford, 2010; Salmela-Aro, Näätänen, & Nurmi, 2000; Salmela-Aro & Nurmi, 1997), une intervention axée sur les buts personnels semble appropriée pour aider les personnes âgées dépressives.

À cet égard, le présent essai se veut empirique et portera sur le lien existant entre la dépression et les buts personnels lors de l'application d'un programme d'intervention intitulé Gestion des buts personnels. Ainsi, des personnes âgées souffrant de dépression ont été recrutées pour participer au programme Gestion des buts personnels. L'objectif principal de la présente étude est d'évaluer l'amélioration des habiletés de réalisation des buts personnels et du niveau de dépression des participants à la suite du programme. De manière détaillée, le présent essai comportera différents chapitres : contexte théorique, méthode, résultats, discussion, conclusion. Concernant le contexte théorique, la première section portera sur la dépression, particulièrement chez la clientèle âgée. Elle présentera l'épidémiologie de la dépression chez le sujet âgé, sa définition, la description de ses

caractéristiques et son étiologie. Viendront ensuite les pièges diagnostiques, car d'autres problèmes peuvent être confondus avec la dépression chez la clientèle âgée, soit les troubles somatiques, les maladies physiques et l'effet de la médication, les deuils pathologiques et/ou multiples, le trouble d'adaptation, ainsi que le trouble cognitif. Cette section se terminera avec un aperçu des conséquences de la dépression chez la clientèle âgée. La deuxième section portera sur les buts personnels. Dans un premier temps, les buts seront abordés en regard de leur définition, de leur classification et de leur hiérarchisation. Dans un deuxième temps, les liens observés entre les buts et le bien-être psychologique seront étayés, puis viendront ceux entre le processus des buts et le bien-être psychologique. Cette section conclura sur la relation entre les buts et la dépression. La troisième section portera sur les différents programmes d'intervention relevés dans la littérature qui sont axés sur les buts personnels. Tant les traitements individuels que de groupes seront abordés et une critique de chaque traitement s'ensuivra. La présentation critique du programme Gestion des buts personnels sera au cœur de cet essai et clôturera cette section. La quatrième et dernière section portera sur l'objectif de l'étude et les hypothèses de recherche. Globalement, ces quatre sections constituent le contexte théorique du présent essai, basé sur un relevé de la littérature. Par la suite, la section Méthode présentera les participants, le matériel, les instruments de mesure, le déroulement, ainsi que le plan de l'expérience. S'ensuivront les sections Résultats et Discussion, suivies d'une brève conclusion.

Contexte théorique

Ce premier chapitre présente un relevé de la littérature, à la fois théorique et empirique, des variables étudiées. Il comporte quatre sections. La première couvre la dépression chez les personnes âgées, allant entre autres de la définition de ce concept jusqu'aux conséquences s'y rattachant. La deuxième section met en lien les buts personnels et la dépression, abordant d'abord les buts personnels de manière plus détaillée, puis les relations entre les buts et le bien-être psychologique avant d'en arriver au cœur de la section portant sur les buts personnels et la dépression. La troisième section présente différentes stratégies d'intervention axées sur les buts personnels qui existent à ce jour, et ce, tant au niveau des traitements individuels que de groupe. Finalement, la dernière section spécifie l'objectif de l'étude et précise l'hypothèse de recherche.

La dépression chez les personnes âgées

Cette section traite de la dépression chez les personnes âgées. Elle couvre d'abord, chez la clientèle âgée, l'épidémiologie de la dépression, une définition de la dépression, ainsi que ses caractéristiques et son étiologie. Ensuite, elle soulève différents pièges diagnostiques tels les troubles somatiques, les maladies physiques et la médication, les deuils pathologiques et/ou multiples, le trouble d'adaptation ainsi que les troubles cognitifs. Cette section se termine avec les conséquences de la dépression chez la personne âgée.

Épidémiologie de la dépression chez les sujets âgés

En 2008, selon Statistique Canada, 5,4 % des hommes et 6,2 % des femmes âgées de 65 ans et plus déclaraient avoir un trouble de l'humeur. Ces taux étaient alors inférieurs à la moyenne nationale. Pourtant, certains auteurs (Colasanti, Marianetti, Micacchi, Amabile, & Mina, 2010) observent une association grandissante entre le vieillissement et la dépression. On estime à environ 30 % le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus présentant des symptômes dépressifs, qu'ils soient déclarés ou non (Blazer, 2002; Clément & Léger, 1996). Ces taux élevés en comparaison avec les chiffres de Statistique Canada s'expliqueraient, entre autres, par la dépression qui passe parfois inaperçue chez la clientèle âgée, la dépression étant souvent « masquée » par des symptômes trompeurs qui peuvent davantage référer à une maladie physique (Beattie et al., 2010; Bullut, 2005; Clément & Léger, 1996; Colasanti et al., 2010; Léo & Gallarda, 2000). En effet, les personnes âgées des cohortes actuelles semblent présenter des difficultés à reconnaître leur détresse et à se voir comme déprimées. Il n'est pas rare que certains symptômes de la dépression (difficultés de sommeil, perte d'intérêt, perte d'énergie, appétit moindre, ralentissement psychomoteur, etc.) soient erronément associés au vieillissement normal par la personne elle-même, par son entourage et/ou par les professionnels de la santé (Beattie et al., 2010; Bullut, 2005; Clément & Léger, 1996; Colasanti et al., 2010). Ces facteurs contribueraient à expliquer qu'un moins grand nombre de personnes âgées déclarent avoir un trouble de l'humeur. De plus, les taux élevés soulevés par Blazer (2002) pourraient provenir de la prévalence de la dépression chez les personnes âgées hospitalisées et demeurant en résidence de soins de longue

durée. Parmi les personnes âgées hospitalisées, 21 % présenteraient une dépression majeure et un autre 20-25 % une dépression mineure (Koenig & Blazer, 2007; Koenig, George, Peterson, & Pieper, 1997). Parmi celles étant hébergées en résidence de soins de longue durée, certaines études présentent des taux de dépression majeure qui excèdent le seuil du 25 % (Gerety et al., 1994; Koenig & Blazer, 2007).

Par ailleurs, les coûts financiers de la dépression en soins de santé sont faramineux. Une étude réunissant 11 679 patients américains âgés de 60 ans et plus recevant des soins dans un centre de santé a examiné la différence de coûts entre les personnes aux prises avec des symptômes dépressifs ou une dépression majeure et celles sans symptômes dépressifs (Katon, Lin, Russo, & Unützer, 2003). En contrôlant pour les maladies chroniques, les chercheurs ont constaté que les coûts ambulatoires étaient de 43% à 52% plus élevés chez la clientèle dépressive et qu'ils étaient de 47% à 51% plus élevés chez cette même clientèle lorsqu'on combinait à ces coûts ceux liés à l'hospitalisation. Cette hausse des coûts a pu être observée dans toutes les unités des centres de santé et aucune différence n'a pu être notée entre les gens souffrant de dépression sous-clinique et ceux souffrant de dépression majeure.

Lorsqu'il est question d'épidémiologie de la dépression chez la clientèle âgée, il importe de souligner la distinction entre dépression majeure et dépression sous-clinique. Cette distinction permet d'éclaircir l'écart important dans les statistiques présentées ci-haut. Ainsi, bien qu'il soit suggéré que le trouble dépressif majeur soit moins fréquent

chez le sujet âgé que chez le jeune adulte (Segal, Qualls, & Smyer, 2011), donc moins diagnostiqué chez la clientèle âgée, il n'en demeure pas moins que les symptômes dépressifs seraient davantage présents. En effet, le taux de dépression mineure serait plus élevé chez les aînés que dans la population en général (Blazer, 2003; Kumar, Lavretsky, & Elderkin-Thompson, 2004). Ce serait d'ailleurs un trouble fréquent chez cette population (Blazer, 2003; Karel, Ogland-Hand, & Gatz, 2002). La prévalence, initialement autour de 5 % à 7 %, passerait à 20 % lorsque sont incluses les personnes âgées présentant une dépression mineure et elle pourrait être plus élevée si on inclut la dépression masquée (Blazer, 2002; Geiselman & Bauer, 2000; Lavretsky & Kumar, 2002; Margiotta, 2006; Segal et al., 2011). Une revue de la littérature réalisée en 2011 soutient que la dépression sous-clinique aurait un taux de prévalence deux à trois fois plus élevé que la dépression majeure chez la clientèle âgée (Meeks, Vahia, Lavretsky, Kulkarni, & Jeste, 2011). Par ailleurs, l'Enquête sur la santé des aînés conduite par Prévile et al. (2008) au cours des années 2005-2006 révèle qu'au Québec, chez les personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté, 12,7 % présentaient un trouble mental. Parmi ces troubles, le trouble de l'humeur se classait au premier rang des troubles mentaux en termes de prévalence (7,4%). Plus spécifiquement, la dépression mineure représentait 5,7 % de tous les problèmes mentaux, constituant le type de dépression le plus fréquent dans cette population. En somme, ces statistiques témoignent du taux non négligeable de symptômes dépressifs chez la clientèle âgée. Bien qu'il ne s'agisse pas majoritairement de dépression majeure, ces symptômes sont suffisants pour causer de la détresse chez cette clientèle et sont à prendre en considération. Il est donc

pertinent de s'attarder à cette problématique qu'est la dépression chez les personnes âgées. Avant d'aborder le sujet, une définition de la dépression sera apportée.

Définition de la dépression

Globalement, le DSM-IV-TR, manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, définit le trouble dépressif en regard de deux symptômes prioritaires : l'humeur dépressive et/ou la perte d'intérêt ou de plaisir. À cela s'ajoutent d'autres critères qui oscillent, entre autres, autour de l'alimentation, du sommeil, de la psychomotricité, de l'énergie et des pensées de l'individu. Les symptômes doivent être présents depuis un minimum de deux semaines consécutives et générer une souffrance cliniquement significative ou une perturbation du fonctionnement social, professionnel ou général de la personne (American Psychiatric Association, 2000). Ces critères, bien que validés, ne sont pas toujours observés chez la clientèle âgée. En effet, des caractéristiques de la dépression sont spécifiques à cette clientèle. C'est ce dont il sera question dans la prochaine section.

Caractéristiques de la dépression chez le sujet âgé

Les critères du DSM-IV-TR servant à diagnostiquer la dépression ne correspondent pas toujours aux symptômes que présente la clientèle âgée (Dick & Gallagher-Thompson, 1996; Geiselman & Bauer, 2000; Kumar et al., 2004). Pour pallier cette absence de critères propres au diagnostic d'un trouble dépressif chez les personnes âgées, Kumar et al. (2004) ont proposé huit critères diagnostiques pour la

dépression mineure, spécifiques à cette clientèle. Plusieurs sont similaires à ceux du DSM-IV. D'autres particularités sont spécifiques aux aînés. Entre autres, la durée minimale des symptômes est proposée à un mois plutôt que deux semaines. Les symptômes peuvent être associés à des événements déclencheurs, comme la mort d'une personne significative, contrairement au DSM-IV-TR qui fait une distinction avec le Deuil (American Psychiatric Association, 2000). Par ailleurs, le volet organique y est très développé; il est axé sur des causes physiques, neurologiques et médicales pouvant expliquer et/ou amener des symptômes dépressifs (Kumar et al., 2004).

Malgré ces critères diagnostiques adaptés à la clientèle âgée, il n'en demeure pas moins que des différences peuvent être observées au niveau symptomatique entre le jeune adulte et le sujet âgé sur le plan de la dépression (Clément & Léger, 1996; Léo & Gallarda, 2000; Schneider & Olin, 1995). Selon Léo et Gallarda (2000), la dépression serait, chez le sujet âgé, « plus fréquente, plus chronique, plus difficile à traiter et plus souvent causée par des facteurs psychologiques. » (p. 22). Certains auteurs (Alexopoulos & Apfeldorf, 2004; Geiselmann & Bauer, 2000; Kumar et al., 2004) ajoutent même que les symptômes dépressifs observés chez les personnes âgées seraient davantage somatiques et cognitifs plutôt qu'affectifs. Dans l'ensemble, il n'en demeure pas moins que les mêmes symptômes peuvent surgir chez le jeune adulte et le sujet âgé. En fait, ce serait l'expression des symptômes qui varierait plutôt que le type de symptômes (Clément & Léger, 1996; Léo & Gallarda, 2000). Par exemple, chez le sujet âgé, l'humeur dépressive pourrait être davantage exprimée sous forme d'irritabilité et

d'agressivité. Par ailleurs, il serait plus difficile de déceler les symptômes dépressifs chez le sujet âgé à cause, entre autres, du ralentissement psychomoteur et des troubles du sommeil. En effet, les aptitudes physiques de la personne qui vieillit peuvent l'amener à ralentir son rythme de vie sans qu'elle soit dépressive pour autant. Pour ce qui est du sommeil, le vieillissement peut conduire à une déstructuration du sommeil, ce qui peut engendrer des difficultés d'endormissement, des éveils nocturnes et des réveils précoces pas nécessairement expliqués par la dépression (Clément & Léger, 1996; Léo & Gallarda, 2000). Geiselman et Bauer (2000) ont réalisé une étude avec des personnes âgées souffrant de dépression sous-clinique pour savoir si leur profil symptomatique s'apparentait à la dépression majeure. Les résultats montrent que ce profil rejoint davantage celui des non déprimés. De plus, les personnes présentant ce type de dépression seraient moins enclines à souffrir d'insomnie, à avoir des pensées suicidaires et à se sentir coupables ou dévalorisées. Par contre, des difficultés de concentration, un manque d'énergie et des pleurs fréquents sont ressortis comme symptômes significatifs (Geiselman & Bauer, 2000). Les données épidémiologiques montrent que la dépression sous-clinique touche une importante partie de la population âgée. Elle n'est donc pas à négliger lorsqu'on traite de dépression chez le sujet âgé. Ainsi, en considérant uniquement les critères du DSM-IV-TR, plusieurs cas peuvent être passés sous silence, les symptômes dépressifs pouvant être différemment exprimés chez la clientèle âgée (Gallo & Rabins, 1999; Kumar et al., 2004).

En somme, on retrouve des caractéristiques propres à la dépression chez la personne âgée. Comme elles peuvent être différentes de celles présentées dans le DSM-IV-TR, il importe de connaître qui sont les personnes à risque et quelles sont les causes de la dépression, afin de mieux cibler les personnes atteintes et de leur apporter les soins et le soutien nécessaires. C'est ce dont il sera question dans la prochaine section avec l'étiologie de la dépression chez la clientèle âgée.

Étiologie de la dépression chez les personnes âgées

Plusieurs facteurs de risque sont associés à la dépression dont, entre autres, l'aspect génétique en lien avec les antécédents thymiques et l'histoire familiale de troubles de l'humeur. Toutefois, cet aspect touche davantage les dépressions majeure et bipolaire (Alexopoulos, 2005; Aubin-Brunet & Jouvent, 1996; Bulut, 2005; Norton et al., 2006). Il y a également le faible statut socio-économique (Alexopoulos, 2005; Beattie et al., 2010), le fait d'avoir une personnalité avec des traits névrotiques (renvoient à la tendance à ressentir des émotions négatives et de l'anxiété), d'être instable sur le plan émotionnel et de vivre un stress important (Alexopoulos, 2005; Beattie et al., 2010; Steunenbergh, Beekman, Deeg, & Kerkhof, 2006), la solitude et l'isolement social (Alexopoulos, 2005; Aubin-Brunet & Jouvent, 1996; Beattie et al., 2010; Blazer, 2005; Bulut, 2005; Clément et al., 2006; Léo & Gallarda, 2000; Vanderhorst & McLaren, 2005), ainsi que le fait d'être une femme (Alexopoulos, 2005; Lisota, 2007; Meeks et al., 2011; Schoevers, Beekman, Deeg, Jonker, & van Tilburg, 2003). Lisota (2007) explique ce dernier facteur de risque chez la clientèle âgée du fait

que les femmes vivent plus longtemps que les hommes et qu'elles ont davantage tendance à rapporter leurs symptômes dépressifs, contrairement aux hommes.

D'autres facteurs sont davantage spécifiques à la clientèle âgée comme, entre autres, l'altération de l'état de santé physique associée au vieillissement (Alexopoulos, 2005; Beattie et al., 2010; Bulut, 2005; Clément et al., 2006; Léo & Gallarda, 2000; Pellerin, 1996; Roberts, Shema, Kaplan, & Strawbridge, 2000; Rothermund & Brandtstädter, 2003). Cela peut engendrer une perte d'autonomie et des difficultés à accomplir par soi-même les activités de la vie quotidienne, rendant la personne âgée plus vulnérable au développement de la dépression (Aubin-Brunet & Jouvent, 1996; Bulut, 2005; Clément et al., 2006; Léo & Gallarda, 2000; Rothermund & Brandtstädter, 2003). Plus spécifiquement, l'hyperthyroïdie et l'hypothyroïdie, les problèmes cardiovasculaires, les accidents vasculaires cérébraux, la maladie de Parkinson, le cancer, la douleur chronique, le diabète, le syndrome de fatigue chronique, la fibromyalgie, ainsi que les maladies découlant du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) seraient corrélés avec la dépression (Blazer & Hybels, 2005; Geerlings, Twisk, Beekman, Deeg, & van Tilburg, 2002; Katon et al., 2003; Koenig & Blazer, 2007; Plante, 2005; Romanelli, Fauerbach, Buch, & Ziegelstein, 2002). De plus, les conséquences de la retraite (Clément et al., 2006; Léo & Gallarda, 2000), les deuils répétés (Bulut, 2005; Clément et al., 2006; Léo & Gallarda, 2000; Pellerin, 1996), la perte du conjoint (Alexopoulos, 2005; Bulut, 2005; Clément et al., 2006; Léo & Gallarda, 2000; Norton et al., 2006), l'abandon d'un milieu de vie auquel la personne

était attachée, la relocalisation dans une résidence pour aînés ou en CHSLD et l'adaptation à la vie dans un centre de soins de longue durée (Alexopoulos, 2005; Bruce et al., 2002; Clément et al., 2006; Lôi & Gallarda, 2000; Pellerin, 1996; Rinaldi et al., 2003), souffrir d'insomnie (Cole & Dendukuri, 2003; Fiske, Wetherell, & Gartz, 2009; Pigeon et al., 2008; Roberts et al., 2000) ou recevoir un diagnostic de démence (Alexopoulos, 2005 ; Holley, Murrell, & Mast, 2006) sont d'autres facteurs pouvant conduire à la dépression. Il y a également l'effet de cohorte à prendre en considération car, selon les générations, le risque de dépression serait différent (Lôi & Gallarda, 2000).

Un important facteur de risque de dépression chez les aînés est associé à l'absence de buts dans la vie ou le fait de vivre peu d'activités générant du plaisir (Aubin-Brunet & Jouvent, 1996; Bulut, 2005; Kelly et al., 2011; Margiotta, 2006; Rothbaum et al., 2009; Rothermund & Brandtstädter, 2003). Comme cet essai est en lien avec ce facteur de risque, une section ultérieure sera consacrée sur le lien existant entre les buts et la dépression.

En somme, plusieurs facteurs peuvent expliquer et causer la dépression chez la personne âgée. Toutefois, il importe de s'assurer que la personne âgée souffre bien d'une dépression, puisque les mêmes symptômes peuvent s'apparenter à différents troubles ou situations. C'est ce dont il sera question dans la prochaine section qui porte sur les pièges diagnostiques.

Pièges diagnostiques

Comme il a été mentionné précédemment, il n'est pas toujours évident de différencier la dépression d'autres problématiques chez la clientèle âgée. Elle peut être passée sous silence ou être erronément associée à d'autres pathologies dont les symptômes sont similaires. Dans cette section, il sera donc question des principaux pièges diagnostiques soulignant les problèmes avec lesquels la dépression peut être confondue, soit les troubles somatiques, les maladies physiques et la médication, le deuil pathologique ou les deuils multiples, le trouble d'adaptation non résolu et les troubles cognitifs.

Troubles somatiques, maladies physiques et médication. Il n'est pas rare que la dépression chez les personnes âgées soit « masquée » ou atypique, c'est-à-dire que les symptômes dépressifs niés peuvent ressortir davantage sous forme de problèmes somatiques et physiques plutôt que psychologiques (Beattie et al., 2010; Blazer, 2003; Clément & Léger, 1996; Dick & Gallagher-Thompson, 1996; Gallo & Rabins, 1999; Knaüper & Wittchen, 1994; Léo & Gallarda, 2000; Rothermund & Brandtstädter, 2003; Takeda & Tanaka, 2010). Ainsi, près des deux tiers des personnes âgées souffrant de dépression présenteraient des plaintes somatiques prédominantes qui n'ont pas d'origine organique (Clément et al., 2006; Clément & Léger, 1996). Katon, Sullivan et Walker (2001) ont également constaté que les patients ayant reçu un diagnostic de dépression présentent, de manière significative, un plus grand nombre de symptômes physiques qui ne peuvent être expliqués d'un point de vue médical. Les symptômes physiques se

présenteraient sous forme « de perturbations du système nerveux central (par exemple sous forme de troubles de mémoire ou de difficultés de concentration), de désordres gastro-intestinaux, d'un mauvais état général, de douleurs ostéo-articulaires et musculaires, de troubles cardio-vasculaires. » (Clément & Léger, 1996, p. 24-25). À cela s'ajouteraient des troubles digestifs, des douleurs urinaires, des brûlures d'estomac, de la constipation, une faible conscience d'être déprimé, une absence de tristesse, des plaintes liées au sommeil, une anxiété, une agitation psychomotrice, une perte d'estime de soi, un retrait social, etc. (Clément & Léger, 1996; Koenig & Blazer, 2007).

Dans le cas d'une dépression masquée plutôt que d'une maladie physique, ces symptômes seraient davantage présents le matin. Ils seraient variables en intensité d'un jour à l'autre (Stoudemire & Blazer, 1985). La prise de médication pour contrer ces symptômes aggraverait la situation (Koenig & Blazer, 2007). Finalement, la tristesse et l'aspect dépressif ne seraient pas apparents (Arcand & Hébert, 2007; Stoudemire & Blazer, 1985).

Ces plaintes somatiques représentent une douleur réelle, non négligeable, et elles peuvent être le reflet de symptômes dépressifs. Lorsqu'elles occupent une place importante sur le plan clinique, elles peuvent venir masquer les symptômes dépressifs et être confondues avec une maladie physique, tant par la personne âgée que par les professionnels de la santé (Lôo & Gallarda, 2000). Par contre, les symptômes somatiques et comportementaux (perte d'énergie, problème de sommeil, perte d'appétit,

etc.) dont souffrent certaines personnes âgées ne résultent pas nécessairement de la dépression et peuvent être causés par une maladie physique et/ou une médication (Dick & Gallagher-Thompson, 1996). En effet, chez la clientèle âgée, il n'est pas rare qu'une condition médicale particulière génère des symptômes dépressifs (Koenig & Blazer, 2007). Entre autres, plusieurs maladies physiques sont souvent reconnues comme ayant des conséquences dépressives, comme il a été soulevé dans la section précédente. Par ailleurs, certains médicaments, incluant les bloqueurs β , les benzodiazépines, la clonidine, la réserpine, le méthyl dopa et les antidépresseurs tricycliques, peuvent également avoir des répercussions dépressives (Koenig & Blazer, 2007). Un diagnostic différentiel devient donc primordial. Il importe de s'assurer avant tout que les symptômes dépressifs ne découlent pas d'une maladie physique ou des effets secondaires d'un médicament avant de poser le diagnostic de dépression. Un dilemme survient alors : est-ce qu'il importe de tenir compte des symptômes physiques et somatiques dans le dépistage de la dépression ?

Deux mesures, l'Inventaire de dépression de Beck 2^e édition (BDI-II; Beck, Steer, & Brown (1996)) et l'Échelle de dépression gériatrique (ÉDG; Sheikh & Yesavage, 1986), supposent une vision différente à ce sujet. L'une, l'ÉDG, a été développée spécifiquement pour les personnes âgées et ne comporte pas d'items à contenu somatique. L'autre, le BDI-II, comporte des items référant à des contenus somatiques et s'adresse à une population adulte, bien qu'il soit reconnu comme valide pour les personnes âgées (Jefferson, Powers, & Pope, 2000; Norris, Arnau, Bramson, & Meager,

2004; Segal, Coolidge, Cahill, & O'Riley, 2008). À cet égard, Kumar et al. (2004) ont proposé huit critères pour diagnostiquer la dépression chez la personne âgée, comme mentionné précédemment, dont l'utilisation de l'ÉDG (un score de 12 ou plus est significatif pour la version longue) pour le dépistage de la dépression, soutenant qu'il serait plus facile de repérer la dépression chez la clientèle âgée en ne tenant pas compte des symptômes somatiques, ceux-ci pouvant être confondus avec une cause médicale. Les résultats de Norris et al. (2004), quant à eux, suggèrent que les symptômes somatiques devraient être inclus dans l'évaluation de la dépression chez les personnes âgées. Comme il est soulevé par plusieurs auteurs dans cette section, il n'est pas rare de voir ressortir la dépression sous forme de symptômes somatiques chez la clientèle âgée. Cet essai tentera donc, entre autres, de voir si ces instruments de mesure sont équivalents dans le dépistage de la dépression.

Deuil pathologique et deuils multiples. Le deuil est une expérience humaine universelle et inévitable (Clayton, 2004; Koenig & Blazer, 2007). Parmi les différents deuils possibles, il y a le veuvage qui est un prédicteur significatif de la dépression (Carr et al., 2000; Rosenzweig, Prigerson, Miller, & Reynolds III, 1997). Les symptômes dépressifs seraient fréquents chez les personnes âgées à la suite du décès d'un conjoint et ils persisteraient durant au moins les deux premières années suivant le décès. Ils seraient toutefois moins fréquents que chez la clientèle âgée de moins de 65 ans dans les premiers mois suivant le décès (Zisook, Shuchter, & Sledge, 1994). Par contre, alors que Zisook et ses collègues s'attendaient à voir le taux de dépression majeure diminuer au fil

du temps, ils ont pu observer, chez la clientèle âgée seulement, que ce taux augmentait graduellement pour atteindre 14 % après deux ans.

En plus de l'expérience du veuvage, les personnes âgées sont susceptibles d'avoir à vivre d'autres deuils des membres de leur entourage (frères, sœurs, enfants, parents, etc.) (Blazer, 1993; Clayton, 2004). Elles sont donc davantage exposées au risque de souffrir de symptômes dépressifs et il peut devenir difficile de distinguer le deuil normal du deuil pathologique en regard de multiples deuils simultanés.

Avant de conclure à une dépression, il importe toutefois de distinguer la réaction normale de deuil de la réaction pathologique. À cet égard, le DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) suggère certains symptômes non caractéristiques de la réaction normale du deuil :

1) culpabilité à propos de choses autres que les actes entrepris ou non entrepris par le survivant à l'époque du décès; 2) idées de mort chez le survivant ne correspondant pas au souhait d'être mort avec la personne décédée; 3) sentiment morbide de dévalorisation; 4) ralentissement psychomoteur marqué; 5) altération profonde et prolongée du fonctionnement; 6) hallucinations autres que celles d'entendre la voix ou de voir transitoirement l'image du défunt. (p. 852)

À cela, peut s'ajouter une absence de réaction à la perte de l'être cher, un déni apparent (Blazer, 1993; Koenig & Blazer, 2007; Thompson, Tang, Mario, Cusing, & Gallagher-Thompson, 2007). À l'inverse, il est normal de ressentir de la culpabilité face au défunt, de présenter des symptômes dépressifs (humeur dépressive, troubles de sommeil, perte d'appétit, pleurs fréquents, etc.), d'être plus irritable et hostile, d'être

préoccupé par l'image du défunt, etc. (Blazer, 1993). Toutefois, il n'est pas toujours évident de distinguer le normal du pathologique (Koenig & Blazer, 2007). Selon Thompson et al. (2007), deux séries de critères ont été suggérées à cet égard. D'abord, ceux de Horowitz, Siegel, Holan et Bonanno (1997) définissent le deuil pathologique en deux volets : les symptômes intrusifs (souvenirs confus, détresse importante ou inhabituelle), ainsi que le déni et les difficultés d'adaptation (sentiment de vide ou de solitude, évitement de personnes, endroits et activités qui rappellent le défunt, problèmes de sommeil importants, perte d'intérêt pour les loisirs, le social et le travail, etc.). D'autre part, Prigerson et ses collaborateurs (1999) suggèrent que le deuil pathologique survient lorsqu'il y a une détresse liée à la séparation d'avec le défunt (recherche désespérée du défunt, solitude, pensées intrusives à propos du défunt) ou une détresse traumatique (sentiment d'inutilité, d'indifférence et d'incrédulité, perte du sentiment de confiance, de sécurité ou de contrôle, irritabilité excessive, colère face au défunt, etc.). À cela s'ajoute la durée de ces symptômes qui sont considérés normaux sur une période de deux mois suivant la mort du défunt (American Psychiatric Association, 2000; Blazer, 1993; Prigerson et al., 1999; Thompson et al., 2007). Toutefois, cette période peut être variable avec la clientèle âgée; elle nécessite un jugement clinique de la part des professionnels dans le cas éventuel où la personne âgée aurait subi plusieurs pertes dans un court délai.

Trouble d'adaptation. Il importe de distinguer la dépression du trouble d'adaptation avec humeur dépressive, car l'intervention appropriée peut être différente.

Le trouble d'adaptation provient d'une réaction à une situation stressante clairement identifiable (American Psychiatric Association, 2000; Koenig & Blazer, 2007; Thompson et al., 2007). Il ne s'agit pas d'une exacerbation d'un désordre mental, mais plutôt d'un désordre dû au stress et, à la différence d'une dépression, la personne se rétablit lorsque l'élément stressant disparaît. Ce rétablissement peut se faire graduellement ou d'un seul coup et il peut être immédiat ou retardé. Quant au trouble d'adaptation avec humeur dépressive, il se manifeste avec une prédominance de symptômes dépressifs. Lorsque la durée du trouble d'adaptation est inférieure à six mois, il est question d'un trouble aigu. Lorsque le trouble persiste au-delà de six mois, il s'agit alors d'un trouble chronique qui peut être expliqué soit par le facteur de stress qui persiste, par exemple dans le cas de multiples déménagements occasionnés par une perte d'autonomie, soit par des conséquences durables générées par le facteur de stress, par exemple une paralysie à la suite d'un accident vasculaire cérébral (American Psychiatric Association, 2000; Zung, 1980). Chez la clientèle âgée, les stressors peuvent être des problèmes conjugaux, un ou de multiples déménagement(s) à la suite d'une maladie ou d'une perte d'autonomie, une difficulté avec les enfants, la perte d'un rôle social, etc. (Koenig & Blazer, 2007).

Troubles cognitifs. Il est reconnu qu'un trouble affectif sévère peut conduire à des dysfonctions cognitives chez la clientèle âgée (Sahakian, 1991). À l'inverse, la présence de problèmes cognitifs peut également conduire à une dépression en début de maladie, la personne étant consciente de ses pertes de mémoire de plus en plus fréquentes. Il peut

donc être difficile de distinguer la dépression d'un trouble cognitif; à cet égard, des auteurs ont noté le risque important de formuler des diagnostics erronés (Blazer, 1993; Sahakian, 1991). Néanmoins, il est crucial de parvenir à les distinguer puisque dans le cas d'une dépression, les problèmes cognitifs sont réversibles, contrairement à la démence (Murray, 2010).

La *pseudodémence* est le terme employé pour désigner le syndrome dans lequel les problèmes cognitifs sont symptomatiques d'un trouble psychopathologique, particulièrement de la dépression (Lavretsky & Small, 2004; Wells, 1979). Ainsi, bien que ces problèmes cognitifs semblent s'apparenter à la démence, ils ont majoritairement pour cause la dépression. Plusieurs caractéristiques permettent de différencier la pseudodémence de la démence (Blazer, 1993; Yousef, Ryan, Lambert, Pitt, & Kellett, 1998). Dans le cas d'une pseudodémence, l'apparition de problèmes cognitifs se fait rapidement et il est possible d'identifier une période de temps relativement précise qui signe le début des symptômes. De plus, la progression des symptômes se fait rapidement et le trouble fluctue d'un jour à l'autre. La pseudodémence est généralement de courte durée. L'humeur de la personne est souvent dépressive et il arrive fréquemment que l'anamnèse révèle des antécédents de dépression. Il n'est pas rare que la personne se plaigne de problèmes de mémoire et qu'elle réponde « je ne sais pas », comme si elle ne voulait pas faire d'effort pour se rappeler. Par ailleurs, lorsque la dépression disparaît, les problèmes cognitifs font de même (Blazer, 1993; Yousef et al., 1998). Dans le cas d'une démence, le début de la maladie est insidieux et indéterminé. Les symptômes

apparaissent progressivement, s'étendent sur une longue période et sont marqués par une stabilité, une constance. L'humeur et le comportement de la personne varient et la personne tend à nier son problème. Il n'est pas rare de voir un émoussement affectif et de l'apathie. Finalement, contrairement à la pseudodémence, la démence persiste dans le temps et tend à s'aggraver (Blazer, 1993; Yousef et al., 1998). Toutefois, ces critères ne sont pas suffisants pour poser le bon diagnostic. Un examen médical et neurologique est requis (Alexopoulos et al., 2002). Pour y parvenir, il peut être intéressant d'utiliser une échelle clinique qui a été développée pour distinguer la pseudodémence de la démence (Yousef et al., 1998).

En somme, la dépression est un trouble qui peut être confondu avec d'autres ou passé sous silence. Les personnes âgées sont à risque de souffrir de ce trouble un jour ou l'autre en regard des pertes multiples qu'elles sont à risque de subir plus fréquemment : deuils, perte d'autonomie physique, perte d'autonomie psychologique (absence de contrôle sur leur vie), perte de rôles sociaux, déménagements, etc. Ce qui rend la personne âgée vulnérable au développement d'une dépression est l'accumulation de ces pertes et non un seul événement en soi. Il importe donc d'être à l'affût de la dépression chez la clientèle âgée et de poser le bon diagnostic en regard des répercussions néfastes qu'elle peut générer sur la vie de l'individu qui en souffre. La prochaine section abordera ainsi les conséquences de la dépression.

Conséquences de la dépression chez la personne âgée

Peu importe l'âge, la dépression génère des conséquences néfastes pour la personne atteinte. Lebowitz et Olin (2004) rapportent que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a placé la dépression au deuxième rang des causes conduisant à une dégradation de la santé physique, que cela renvoie à une mort prématurée ou à un handicap physique. Chez la clientèle âgée, les conséquences peuvent être fatales si la dépression n'est pas reconnue et/ou traitée (Lebowitz & Olin, 2004).

Sur le plan de la santé physique, la dépression chez la clientèle âgée peut générer des conséquences multiples. D'abord, les risques sont plus élevés de voir sa santé physique décliner (Blazer, 2003; Hybels, Pieper, & Blazer, 2009; Manthorpe & Iliffe, 2005). Les personnes âgées souffrant de dépression voient augmenter leur risque de développer des problèmes vasculaires et celles déjà aux prises avec ce problème sont plus susceptibles d'en mourir (Ranga & Krishnan, 2004). La dépression peut également avoir des répercussions au plan cérébral, entre autres, par le biais de problèmes cognitifs (Blazer, 2003; Boyles, Porsteinsson, Cui, King, & Lyness, 2010) et conduire à la mort, à la suite d'un problème de santé qui en découle (hémorragie cérébrale, embolie pulmonaire, etc.) (Manthorpe & Iliffe, 2005; Rumsfeld et al., 2005). En effet, la dépression accélérerait l'apparition ou l'aggravation de problèmes de santé physique liés au vieillissement (van Gool et al., 2005). Ces problèmes de santé physique causés par la dépression génèrent une augmentation de l'utilisation des services du domaine de la

santé, incluant l'hospitalisation et les soins de longue durée (Harris & Cooper, 2006; Meeks et al., 2011; Rumsfeld et al., 2005).

Sur un plan plus psychologique, la dépression peut avoir des conséquences sur le travail, les loisirs, les relations interpersonnelles et l'estime de soi (Roose & Sackeim, 2004). Il y a également un risque plus élevé de mortalité par suicide chez les personnes âgées en comparaison avec les autres groupes d'âge (Blazer, 2003; Blazer & Hybels, 2004; Conwell, Duberstein, & Caine, 2002; Manthorpe & Iliffe, 2005; Roose & Sackeim, 2004). Blazer (2003) rapporte qu'il existe un ratio de quatre tentatives de suicide pour un suicide complété chez la clientèle âgée, comparativement à dix tentatives pour un suicide complété chez les plus jeunes. Au Québec, en date de 2004, 9,8 % des décès par suicide sont attribuables aux aînés, ce qui peut sembler minime. Toutefois, les hommes âgés de 65 ans et plus présentent un taux de mortalité par suicide équivalent à celui observé chez les hommes âgés de 15 à 19 ans, ce qui est loin d'être négligeable (St-Laurent & Bouchard, 2004). Conwell et al. (1998) spécifient que les personnes âgées présenteraient moins d'idéations suicidaires que les plus jeunes; toutefois, lorsque les idéations suicidaires sont présentes chez cette clientèle, il y a beaucoup plus de risque que l'aîné passe à l'acte. En somme, la dépression chez la clientèle âgée n'est pas à négliger, de par les conséquences majeures qu'elle peut engendrer.

En résumé, les taux de dépression chez la clientèle âgée sont très élevés. Bien qu'il ne s'agisse pas toujours d'une dépression majeure, plusieurs personnes âgées sont aux prises avec des symptômes dépressifs qui peuvent s'exprimer différemment des critères du DSM-IV-TR. Les causes et les facteurs de risque sont multiples et toute personne âgée est à risque de souffrir de symptômes dépressifs au cours de sa vie en regard d'une accumulation d'événements négatifs qui peuvent survenir avec l'âge (deuils multiples, retraite, déménagements, maladies, contraintes physiques, etc.). Bien qu'il ne soit pas toujours évident de différencier la dépression d'autres troubles aux symptômes similaires, il importe de diagnostiquer la dépression chez cette clientèle en regard des conséquences qu'elle peut occasionner, dont la mort. Il importe également d'intervenir auprès de cette clientèle afin de l'aider à s'en sortir. Comme les buts personnels peuvent avoir d'importantes répercussions positives sur le fonctionnement de la personne, il s'agit d'une avenue intéressante pour traiter la dépression chez la clientèle âgée (Aubin-Brunet & Jouvent, 1996; Bulut, 2005; Kelly et al., 2011; Margiotta, 2006; Rothbaum et al., 2009; Rothermund & Brandtstädter, 2003). Avant d'aborder les stratégies d'intervention portant sur les buts personnels, il convient de préciser ce que sont les buts personnels, leur classification et leur hiérarchisation, ainsi que leur lien avec le bien-être psychologique et la dépression.

Buts personnels

Cette section est consacrée aux relations entre les buts personnels et la dépression. Il importe donc, dans un premier temps, de définir ce que sont les buts personnels et

d'en présenter les principales caractéristiques. Par la suite, l'examen des liens entre les buts personnels et l'humeur dépressive se déroulera en considérant d'abord l'influence des caractéristiques des buts et du processus de réalisation des buts sur le bien-être psychologique, avant de s'arrêter plus précisément aux liens entre les buts et les symptômes dépressifs.

Les buts personnels sont définis de différentes manières dans la littérature. Il en existe une grande variété et ils comportent plusieurs caractéristiques. Comme il est possible pour un même individu d'avoir une panoplie de buts, il doit faire des choix et sélectionner ses priorités en tenant compte de différents facteurs. Afin d'éclaircir davantage le concept des buts personnels, les sections à venir traiteront de la définition des buts personnels, de leurs différentes classifications, ainsi que de leur hiérarchisation.

Définition

Dans la littérature, différents termes sont employés par les auteurs pour parler des buts personnels. Entre autres, Emmons (1996) parle d'aspirations personnelles alors que pour Little (2006), il s'agit de projets personnels. Malgré ces différentes terminologies, la définition de ces termes demeure relativement la même.

Selon Austin et Vancouver (1996), les buts personnels renvoient à des « représentations mentales d'états désirés » (pp. 338). Ces états font référence à des résultats souhaités, des événements, des projets ou des processus qu'un individu veut parvenir à accomplir au cours des différentes étapes de sa vie (Austin & Vancouver,

1996; Brunstein, Schultheiss, & Grässman, 1998). Ils peuvent durer un bref instant ou s'étendre sur une longue période, voire même une vie. De plus, ils peuvent être tout autant d'ordre neurologique (p. ex., réguler la température du corps) qu'interpersonnel (p. ex., réussir sa carrière professionnelle) (Austin & Vancouver, 1996). Les buts personnels servent de balise et orientent l'individu dans la dynamisation de ses comportements actuels et futurs (Johnson et al., 2010; Karoly, 1993). Ils reflètent des choix que l'individu fait afin de donner un sens à sa vie (Emmons, 2005) ou de combler des besoins essentiels de la vie quotidienne (Kököneyi, Reinhardt, Pajkossy, Kiss, & Demetrovics, 2008). Par ailleurs, les chemins à parcourir pour atteindre le but fixé sont très variés, ce qui rend complexes l'organisation et la planification de la mise en action, d'où l'importance de bien élaborer son but dès le départ, de le planifier en sous-étapes réalisables et de le poursuivre (Johnson et al., 2010). Il existe donc une multitude de buts qui peuvent être regroupés de plusieurs façons, entre autres en regard des dimensions qui les caractérisent.

Classification des buts

Les buts peuvent être classifiés en plusieurs catégories en regard de leur type ou des dimensions de la vie qu'ils touchent (Elliot & Friedman, 2007; Elliot, Sheldon, & Church, 1997; Emmons, 2003; Johnson et al., 2010; Little & Gee, 2007). Une première classification renvoie aux buts d'approche et d'évitement. Le but d'approche est formulé positivement et l'individu cherche à aller en direction de, à obtenir, à atteindre ou à maintenir un résultat désiré. Le but d'évitement, quant à lui, est formulé à la négative et

l'individu cherche à fuir, à éviter, à prévenir ou à rester éloigné d'un facteur particulier. Par exemple, un but d'évitement pourrait être de ne pas faire de procrastination (Elliot & Friedman, 2007; Elliot et al., 1997; Emmons, 2003; Johnson et al., 2010). Une autre classification renvoie aux buts intrapersonnels et interpersonnels. Les premiers réfèrent à soi et les seconds, aux autres. Par exemple, un but intrapersonnel peut être de vouloir avoir une meilleure connaissance de soi alors qu'un but interpersonnel serait de vouloir s'impliquer davantage socialement (Emmons, 2003; Little & Gee, 2007). À ces classifications s'ajoute la notion de motivation abordée par Deci et Ryan (2008). En ce sens, un but intrinsèque fait référence aux buts motivés par l'intérêt et le plaisir sans attente de récompense externe, alors qu'un but extrinsèque est motivé par des attentes externes (récompense, punition, etc.). Les buts peuvent aussi se regrouper selon différentes dimensions de vie. Par exemple, la dimension vie affective rejoint la notion d'intimité, d'affection, le besoin d'aimer et d'être aimé, etc. (Emmons, 2003). La dimension santé englobe tous les buts reliés au bien-être subjectif, qu'il s'agisse du bien-être physique, psychologique ou émotionnel (Emmons, 2003; Little & Gee, 2007). La dimension spiritualité ne renvoie pas seulement à la religion, mais également à la méditation, au bénévolat, à l'aide humanitaire, etc. (Emmons, 2003). La dimension confort matériel inclut les besoins de base tels que se nourrir, se loger et se vêtir, l'entretien ménager, l'achat de biens matériels, etc. (Emmons, 2003; Little & Gee, 2007). D'autres dimensions pourraient aussi être prises en considération (Dubé, Bouffard, Lapierre, 2005). Comme les gens peuvent avoir plusieurs buts dans chaque

dimension, tous ne peuvent être réalisés simultanément, d'où l'importance d'avoir des priorités.

Hiérarchisation des buts

Les individus poursuivent plus d'un but à la fois. Afin d'assurer la réalisation de tous, ils se promènent généralement d'un but à l'autre (Dickson & Moberly, 2010; Johnson et al., 2010). Il arrive souvent que les buts aillent de pairs (par exemple, avoir un style de vie sain et éviter la consommation de drogues). Il peut aussi arriver que certains buts entrent en conflit (par exemple, se reposer pour son examen du lendemain et aller à une fête tardive) (Dickson & Moberly, 2010). Il importe alors de faire des choix et d'établir des priorités afin d'éviter qu'il y ait un conflit entre les buts (Baltes & Baltes, 1993). Différentes caractéristiques des buts permettent d'identifier les projets prioritaires pour un individu. Little et Gee (2007) regroupent ces caractéristiques en fonction de deux dimensions, soit ce que l'individu pense face à son projet (dimension cognitive) et comment il se sent (dimension affective). La dimension cognitive fait référence, entre autres, à l'importance d'un but, à son niveau de difficulté, au contrôle qui est associé, à la probabilité d'atteindre le résultat escompté, au temps investi par rapport à l'importance du but, à la congruence de ce but avec les valeurs qui donnent du sens à la vie, au sentiment de compétence, à l'appui social et à l'étape de réalisation du but à laquelle l'individu est rendu. La dimension affective, quant à elle, fait référence aux différentes émotions qui surgissent lorsque l'individu pense ou poursuit son but. Il peut s'agir de tristesse, de peur, de colère, de joie, d'espoir, d'incertitude, de déception,

etc. (Little & Gee, 2007). À ces dimensions, Dubé, Bouffard et Lapierre (2005) ajoutent le plaisir que peut apporter le but lors de sa réalisation, le plaisir final qu'il va procurer, le stress que le but peut engendrer et les efforts à investir pour l'atteinte du but.

Lorsque l'individu est amené à faire des choix, il ne tient pas toujours compte de ses priorités et il peut concentrer ses énergies sur des projets qui ne donnent pas nécessairement de sens à sa vie ou qui ne rejoignent pas ses valeurs. Ainsi, en l'amenant à réfléchir sur l'importance qu'il accorde aux différentes dimensions de sa vie et en le conscientisant aux dimensions cognitives et affectives propres à ses buts, il devient possible d'amener l'individu à se recentrer sur ses valeurs et sur les buts qui ont un sens pour lui (Little & Gee, 2007). En somme, les contenus des buts personnels, leur finalité ainsi que leur hiérarchisation sont des aspects à considérer dans un programme d'intervention portant sur les buts puisqu'ils permettent à l'individu d'identifier les buts susceptibles de donner un sens à sa vie.

Buts personnels et bien-être psychologique

Certaines caractéristiques des buts personnels seraient associées à une augmentation du bien-être psychologique alors que d'autres tendraient à le diminuer. En regard des buts d'approche et d'évitement, des émotions différentes, soit positives ou négatives, seraient générées dépendamment de la catégorie à laquelle appartient le but. Ainsi, un individu qui poursuit un but d'approche et qui réussit à atteindre les objectifs qu'il s'est fixés par rapport à ce but ressentira de l'allégresse, de la joie et du plaisir. S'il

échoue, la colère, la frustration, la tristesse et la dépression peuvent être ressenties (Carver, 2004). Lorsque l'individu poursuit un but d'évitement et qu'il réussit, cela génère du soulagement et de la satisfaction. Alors que s'il échoue, il ressentira de l'anxiété et de la peur (Carver & Harmon-Jones, 2009), et peut-être même de la dépression (Johnson et al., 2010).

Le contenu des buts revêt aussi une certaine importance. Par exemple, les buts portant sur les relations sociales, familiales et de l'intimité seraient positivement associés au bien-être psychologique, contrairement aux buts axés sur les possessions matérielles et le pouvoir ainsi que ceux qui ne se rapportent qu'à soi. Ces derniers auraient une répercussion négative sur le bien-être psychologique (Emmons, 1996; Salmela-Aro et al., 2000; Salmela-Aro & Nurmi, 1997). Le type de motivation soutenant le but a aussi une influence. Les buts motivés intrinsèquement seraient positivement corrélés au bien-être psychologique, contrairement à ceux motivés extrinsèquement qui le seraient négativement (Bouffard, 2000).

Les conflits entre les buts peuvent aussi avoir une influence sur le bien-être psychologique. En effet, il a été prouvé qu'un conflit important produisant un sentiment d'ambivalence chez l'individu, qu'il soit lié à un seul but ou qu'il soit entre deux ou plusieurs buts, peut engendrer des niveaux importants d'émotions négatives, dont de l'anxiété, des symptômes dépressifs, du stress et des symptômes somatiques (Dickson & Moberly, 2010; Emmons & King, 1988). Une étude intéressante révèle même une

corrélation positive entre les conflits que vivent les individus et le nombre de visites à un centre de santé ou un hôpital au cours d'une période de temps définie (Emmons & King, 1988). Ainsi, certains facteurs peuvent influencer les émotions des individus face à leurs buts, ce qui pourrait avoir un impact sur le bien-être psychologique.

Il importe de préciser qu'il ne s'agit pas d'une relation causale, mais il est possible de constater un lien entre certains types de buts ou certaines caractéristiques propres aux buts et une diminution du bien-être psychologique. Cette diminution peut se rendre jusqu'au mal-être, voire à la dépression (Cohen & Cohen, 2001; Michalak & Holtforth, 2006). Bien que les caractéristiques des buts influencent le bien-être, le processus suivi pour réaliser les buts le module aussi. C'est ce dont il sera question dans la section qui suit.

Processus de réalisation des buts et bien-être psychologique

Les buts personnels et le bien-être psychologique ont souvent été mis en relation, comme il a été démontré dans la section précédente. De manière générale, plusieurs études théoriques et empiriques ont démontré que le fait d'avoir des buts personnels et de tendre vers leur réalisation génère un bien-être psychologique (Bouffard, 2000; Dubé, Lapierre, Bouffard, & Labelle, 2000; D'Zurilla & Goldfried, 1971; Koestner, Lekes, Powers, & Chicoine, 2002; Lapierre, Bouffard, Dubé, Labelle, & Bastin, 2001; Lapierre, Dubé, Bouffard, & Alain, 2007; Wiese, 2007). Pour réaliser un but et tendre vers un bien-être psychologique, trois étapes sont à prendre en considération :

l'élaboration, la planification et la poursuite du but (Dubé et al., 2000; Little & Gee, 2007). À cet égard, l'élaboration est une étape importante puisque, comme Yalom (1980) le spécifie, si l'individu entretient un souhait (« wish ») sans toutefois avoir la ferme intention de le réaliser (« will »), cela peut générer des sentiments de culpabilité et de regret, voire même conduire au développement d'une pathologie. Afin d'y parvenir, il est suggéré de prioriser les buts qui donnent un sens à sa vie et de concrétiser les buts généraux de manière à ce qu'ils soient réalisables (Dubé et al., 2000; Yalom, 1980). Par exemple, le but *être en santé* pourrait être concrétisé en *marcher trente minutes trois fois par semaine*. La planification du but suppose, quant à elle, de spécifier le moment précis au cours duquel le but sera réalisé, les personnes qui seront impliquées (s'il y a lieu), les moyens utilisés, les étapes à franchir, les ressources disponibles, les obstacles pouvant être rencontrés, les stratégies utilisées pour surmonter ces obstacles, etc. (Dubé, Bouffard, & Lapierre, 2005). Ces différentes stratégies de planification sont positivement corrélées avec l'augmentation du bien-être psychologique (Dubé et al., 2000; D'Zurilla & Chang, 1995; D'Zurilla & Goldfried, 1971). À l'inverse, d'autres stratégies telles l'abandon, le sentiment d'incompétence et le pessimisme face à la réalisation du but peuvent faire resurgir des affects négatifs qui peuvent conduire à l'épuisement (Cantor & Blanton, 1996; Dubé et al., 2000). Finalement, lors de la poursuite du but, c'est-à-dire lors de la mise en action des étapes menant à sa réalisation, la vitesse à laquelle le but progresse, ainsi que l'atteinte ou non des objectifs fixés seraient corrélés positivement au bien-être psychologique (Austin & Vancouver, 1996; Dubé et al., 2000; Johnson et al., 2010; Little & Gee, 2007). Un but qui ne progresse pas

au rythme escompté, mais qui demeure atteignable, génère des émotions négatives qui amènent l'individu à fournir davantage d'efforts pour atteindre son objectif. Un but inatteignable suscite de la tristesse et du découragement qui conduisent l'individu à penser que cela ne vaut pas la peine de faire davantage d'efforts et l'amènent ainsi à diminuer son investissement pour la tâche. Dans ces deux situations, l'individu s'adapte aux contraintes et fait preuve de flexibilité. Par contre, lorsque l'individu demeure tenace et ne veut pas admettre que le but est inatteignable, il peut en résulter de la détresse, ce qui pourrait éventuellement conduire à des symptômes dépressifs (Brandtstädter & Rothermund, 2002; Carver & Scheier, 1998; Johnson et al., 2010). Une progression quasi identique au résultat escompté procure peu d'effet à l'individu, ce dernier demeurant plutôt neutre. Un but qui progresse plus rapidement que prévu fait surgir des émotions positives incitant l'individu à ralentir le rythme, allégeant aussi le stress associé à la poursuite du but (Carver & Scheier, 1998). L'individu peut alors prioriser d'autres buts, puisque certaines de ses ressources sont libérées. De cette façon, il devient possible de poursuivre plus d'un but à la fois (Carver & Scheier, 2008).

En résumé, l'élaboration, la planification et la poursuite du but sont les trois étapes impliquées dans le processus de réalisation des buts. Un individu qui ne passe pas par ces étapes peut difficilement réaliser son but de manière optimale, ce qui pourrait générer des émotions négatives et faire surgir des symptômes dépressifs. C'est ce dont traitera la prochaine section.

Buts personnels et dépression

Il a été démontré que le fait de ne pas être capable d'atteindre ses buts importants, poursuivis depuis une longue période de temps, pouvait avoir des répercussions importantes sur le bien-être psychologique, voire même conduire au développement d'un trouble psychopathologique, telle la dépression (Cohen & Cohen, 2001; Michalak & Holtforth, 2006). Cela pourrait s'expliquer par le fait que les personnes vulnérables au développement de symptômes dépressifs auraient de pauvres habiletés à résoudre les problèmes de la vie quotidienne et à décortiquer les solutions possibles sous forme de plan d'action (Anderson, Goddard, & Powell, 2011; Nezu, Nezu, & Clark, 2008). Par ailleurs, Michalak et Holtforth (2006) soutiennent qu'une personne qui poursuit principalement des buts qui ne lui tiennent pas à cœur peut en ressentir des effets négatifs sur sa santé mentale, ne parvenant pas, par ces buts sans valeur pour elle, à combler ses besoins psychologiques. Cette personne, faiblement motivée à poursuivre ses buts, verra diminuer ses chances de réussite et risquera davantage de s'enfoncer dans la dépression (Emmons & King, 1988; Koestner et al., 2002). Il est donc possible d'affirmer qu'il existe un lien entre l'absence de buts personnels ou la difficulté à les réaliser et la dépression.

De façon générale, il est possible d'observer des points communs aux buts des personnes dépressives. À cet égard, il importe de spécifier que les personnes dépressives ont des buts personnels et qu'elles n'éprouveraient pas nécessairement de difficulté à énumérer des buts positifs importants pour elles. C'est davantage dans la poursuite du

but que la difficulté survient (Hadley & MacLeod, 2010; Johnson et al., 2010; Salmela-Aro & Nurmi, 1996). Cela pourrait s'expliquer, entre autres, par un faible sentiment de contrôle face à la réalisation de leurs buts (Dickson & MacLeod, 2006), par une difficulté à élaborer un plan qui leur permettrait d'atteindre les buts souhaités (Hadley & MacLeod, 2010; Melges & Bowlby, 1969; Vincent, Boddana, & MacLeod, 2004), par la croyance en la faible probabilité de réalisation de leurs buts (Hadley & MacLeod, 2010), ainsi que par des pensées cognitives erronées, axées sur la tendance à accorder davantage d'importance aux éléments négatifs plutôt que positifs et à généraliser cette pensée négative des événements à soi lorsqu'un échec survient, ce qui viendrait amplifier le sentiment d'incompétence (Holmes & Pizzagalli, 2008; Johnson et al., 2010). Par ailleurs, des chercheurs (Lecci, Karoly, Briggs, & Kuhn, 1994) ayant évalué les buts de personnes dépressives selon le modèle de Little (1983) intitulé *Personal Projects Analysis* (PPA) ont découvert que les personnes dépressives avaient des buts comportant surtout des caractéristiques négatives : très stressants, difficiles à atteindre, peu structurés, ayant peu de probabilité de se réaliser, sur lesquels elles ont peu de contrôle, et pour lesquels elles considèrent ne pas avoir les habiletés nécessaires. Or, il est démontré qu'une personne progressera positivement vers l'atteinte de ses buts lorsque ceux-ci concordent avec ses valeurs et lorsqu'elle possède un plan d'action détaillé en sous-étapes, à savoir *où*, *quand* et *comment* elle prévoit poursuivre son but, ce qui n'est pas le cas avec les personnes dépressives (Koestner et al., 2002).

De plus, les personnes dépressives seraient davantage attirées par les buts d'évitement plutôt que d'approche (Dickson & MacLeod, 2004, 2006). Une étude réalisée avec des adolescents a démontré que les personnes dépressives, en comparaison avec le groupe contrôle non-dépressif, avaient une plus grande facilité à générer des buts d'évitement plutôt que d'approche ainsi qu'une plus grande facilité à énumérer les raisons pour lesquelles un but ne peut être atteint en comparaison avec les raisons pour lesquelles un but peut être atteint. Enfin, elles considéraient comme plus élevée la probabilité que des buts d'évitement puissent se réaliser plutôt que les buts d'approche (Dickson & MacLeod, 2006).

Par ailleurs, les personnes dépressives auraient tendance à se laisser imposer leurs buts par leur entourage plutôt que de les choisir par elles-mêmes. De plus, elles seraient difficilement capables de se désengager des buts proposés par les autres (Brandtstädter & Rothermund, 2002; Johnson et al., 2010). Cela pourrait s'expliquer par la notion de perfectionnisme social associé à la dépression (Flett, Besser, Hewitt, & Davis, 2007). À cet égard, les personnes dépressives se laisseraient influencer par les autres dans les choix de leurs buts, entre autres, par peur de déplaire, et également parce qu'elles croiraient que seule l'atteinte du but fixé leur procurera de la joie et du bien-être, et que leur valorisation personnelle ne peut provenir que de l'approbation des autres (Hadley & MacLeod, 2010; Johnson et al., 2010).

En conclusion, il peut paraître contradictoire que des personnes dépressives croient peu probable la réalisation de leurs buts tout en présentant une difficulté à s'en désengager. Hadley et MacLeod (2010) suggèrent que si elles tiennent à leurs buts, c'est parce qu'elles croient fondamentalement que leur bien-être psychologique futur dépend de l'atteinte de ces buts. Ainsi, comme les buts personnels peuvent avoir un impact positif sur le bien-être des individus, il est possible de croire qu'une intervention orientée en ce sens favoriserait un mieux-être chez les individus souffrant d'un faible niveau de bien-être, dont la dépression (Salmela-Aro et al., 2000; Salmela-Aro, Näätänen, & Nurmi, 2004). En ce sens, en ayant comme prémisse de base que l'objectif premier des buts personnels est d'orienter le comportement des individus, il devient possible de croire qu'un changement de comportement qui a des répercussions sur le bien-être de l'individu provient d'abord et avant tout d'un changement au niveau des buts personnels et de la manière dont il les perçoit (Little, 2007). Plusieurs chercheurs ont également vu le bien-être d'individus aux prises avec des problèmes psychologiques augmenter en intervenant sur leurs buts personnels, suggérant ainsi qu'il serait bénéfique d'intégrer l'approche des buts aux différents traitements (Lapierre et al., 2007; Salmela-Aro et al., 2000; Sheldon, Kasser, Smith, & Share, 2002). Il semblerait donc pertinent d'orienter les interventions sur les buts dans le traitement de la dépression. À cet égard, la prochaine section explorera les différents traitements existants qui portent sur les buts personnels.

Stratégies d'intervention portant sur les buts

Peu de traitements cliniques portant sur l'approche des buts ont été publiés, ce qui est étonnant en regard du lien important qui existe entre le bien-être psychologique et la réalisation de buts personnels (Salmela-Aro et al., 2000). Cette section fera donc état des informations disponibles actuellement dans la littérature quant aux traitements individuels et de groupe qui existent et évaluera ces traitements en regard de leurs points forts et de leurs points faibles.

Traitements individuels

Plusieurs auteurs soulignent la pertinence des buts personnels en psychothérapie (Austin & Vancouver, 1996; Michalak & Holtforth, 2006). En ce sens, pour poursuivre une thérapie, la personne doit avoir la motivation nécessaire afin d'optimiser sa probabilité de réhabilitation. Sinon, le risque qu'elle abandonne le processus sera accru. Cette motivation implique que ses buts personnels concordent avec les buts thérapeutiques, d'où l'importance de tenir compte des buts personnels dans le processus thérapeutique (Conrad, Doering, Rief, & Exner, 2010). Toutefois, très peu d'auteurs ont écrit sur la manière d'aborder les buts en thérapie. Néanmoins, la thérapie basée sur la résolution de problèmes (*Problem-Solving Therapy*) aborde indirectement les buts personnels (D'Zurilla & Nezu, 2007). Cette thérapie peut être modulée selon la clientèle et elle peut être appliquée tant en individuel qu'en groupe. Globalement, cette thérapie a pour objectif d'apprendre aux individus les habiletés et aptitudes nécessaires à la résolution de problèmes. Ici, le terme *problème* ou *situation problématique* n'a pas une

connotation négative. Il renvoie à « toute situation de la vie ou tâche (réelle ou anticipée) qui nécessite une réponse pour un fonctionnement adaptatif, mais où aucune réponse effective n'est immédiatement apparente ou disponible en regard de la présence d'un ou de plusieurs obstacles » (traduction libre, D'Zurilla & Nezu, 2007, pp. 12-13). Il inclut les problèmes ayant pour origine les environnements extérieur et intérieur à l'individu. L'environnement intérieur rejoint le volet intrapersonnel qui englobe les sphères cognitive, émotionnelle, comportementale et de la santé, dont les buts personnels de l'individu (D'Zurilla & Nezu, 2007). Ainsi, il devient pertinent d'aborder la Thérapie de résolution de problèmes (*Problem-Solving Therapy*) dans cet essai.

À cet égard, ce traitement fondé sur la résolution de problèmes a été originalement conçu par D'Zurilla et Goldfried (1971). Il s'inspire de la thérapie cognitivo-comportementale et est basé sur un modèle à cinq facteurs comprenant deux composantes majeures, soit l'orientation du problème (deux dimensions) et le style de résolution de problème (trois styles) (D'Zurilla & Nezu, 2007). Les deux dimensions et les trois styles composent les cinq facteurs. D'un côté, il y a *l'orientation positive* face à un problème. Cela signifie que l'individu perçoit le problème comme un défi, est optimiste, croit en ses capacités et investit du temps et des efforts pour affronter les problèmes plutôt que de les éviter. Cette orientation positive rejoint le style *rationnel*, où l'individu cherche à définir et formuler le problème, à générer plusieurs solutions potentielles, à peser le pour et le contre des solutions, à choisir la plus optimale pour la mettre en action et en évaluer le résultat. Ce style de résolution de problème conduit à un

résultat adaptatif positif. De l'autre côté, il y a *l'orientation négative* face à un problème. Cela signifie que l'individu perçoit le problème comme une menace à son bien-être, ne croit pas être en mesure de le résoudre et se sent facilement contrarié et frustré lorsqu'il est confronté à un problème. Cette orientation négative rejoint d'abord le style *impulsif/négligent*, basé sur des stratégies de résolution de problème impulsives, négligentes, étroites d'esprit, incomplètes et précipitées. Elle rejoint aussi le style *évitant* qui englobe la procrastination, la passivité, l'inaction et la dépendance face à un problème. L'individu cherche donc à fuir les situations problématiques et à les refiler aux autres. Ces deux styles conduisent à un résultat mésadapté négatif (D'Zurilla & Nezu, 2007).

Ce programme a été adapté à plusieurs problématiques psychologiques, dont la dépression (Nezu, Nezu, & Perri, 1989). Les buts d'un traitement, spécifiques à cette problématique, sont 1) d'aider l'individu à identifier les situations de sa vie (événements majeurs et de la vie quotidienne) qui ont conduit au développement de sa dépression, 2) de minimiser l'impact que pourrait avoir les symptômes dépressifs sur sa capacité à affronter les problèmes futurs, 3) d'augmenter son taux de réussite face à la résolution de problèmes en regard de situations actuelles, et 4) d'enseigner des habiletés qui l'aideront à résoudre ses problèmes et à prévenir une rechute dépressive future (Nezu et al., 1989). Il existe plusieurs versions de ce programme, mais la plus intéressante dans le présent contexte est celle révisée par Areàn et ses collègues (2010) et testée sur une clientèle âgée dépressive avec dysfonctions exécutives. La thérapie, d'une durée de douze

semaines, comportait une rencontre par semaine. Les cinq premières rencontres abordaient le modèle à cinq facteurs sous forme de psychoéducation et d'exercices. Les sessions subséquentes servaient à raffiner les habiletés nécessaires à la résolution de problèmes vues au cours des premières rencontres. Les participants se sont donc fixé des objectifs de traitement pour leur dépression, ont évalué différentes alternatives leur permettant d'atteindre leurs buts, ont planifié leurs buts, et ont évalué leur efficacité à atteindre ces buts. Les deux dernières sessions ont été réservées à la création d'un plan préventif des rechutes qui s'inspire du modèle de résolution de problèmes appris au cours des rencontres. Les résultats de cette étude démontrent que la thérapie basée sur la résolution de problèmes s'est avérée plus efficace que la thérapie de soutien, tant pour la réduction de symptômes dépressifs que pour les taux de rémission. À la suite des douze semaines de thérapie, plus de la moitié des participants dépressifs ont répondu positivement au traitement de résolution de problèmes, et ce de façon significative, et plus de 45 % ont satisfait les critères de rémission (Areàn et al., 2010).

Une évaluation critique de ce programme permet de ressortir les points suivants. Ce programme a pour avantage de tenir compte du processus de réalisation des buts, soit l'évaluation, la planification et la poursuite, ce qui est susceptible de générer un plus grand bien-être psychologique. De plus, il apprend à l'individu une technique de résolution de problèmes, technique qu'il pourra réutiliser ultérieurement. Il a également été mis en pratique avec une clientèle âgée dépressive, bien que celle-ci ait également des dysfonctions exécutives. Toutefois, certains inconvénients ressortent. Comme le but

sélectionné (imposé en quelque sorte) est le traitement de la dépression, l'individu n'est pas amené à réfléchir aux buts qui lui tiennent à cœur en regard de différentes dimensions de sa vie. Bien que le traitement de la dépression puisse être un but pertinent, ce n'est peut-être pas celui qui donnera le plus de sens à sa vie au moment où il suit le programme. Par ailleurs, bien qu'il s'agisse d'un traitement de groupe, le programme semble donner très peu d'importance au soutien du groupe et à l'effet du sentiment d'appartenance au groupe. Finalement, près de la moitié des rencontres sont consacrées au volet psychoéducatif de la dépression, ce qui diminue le temps accordé aux échanges thérapeutiques.

Traitements de groupe

Quant aux traitements de groupe portant sur les buts, ils sont également peu nombreux. Trois programmes sont documentés dans la littérature, soit le Programme d'habiletés de vie pour adolescents (*Life skills program for adolescents*) de Danish (1997), le Programme d'objectifs personnels de Bauer et McBride (2001) et le programme Gestion des buts personnels de Dubé, Bouffard et Lapierre (2005). Ces trois programmes seront décrits et évalués dans cette section.

Programme d'habiletés de vie pour adolescents. Ce programme sur les buts de Danish (1997) a vu le jour en 1987 aux États-Unis. Il s'adresse principalement aux adolescents et vise à leur enseigner les habiletés nécessaires pour affronter les obstacles de la vie et à prévenir les comportements nuisibles (abus de substance, troubles de

comportements, décrochage scolaire, etc.). Il a pour objectifs d'apprendre aux adolescents comment :

Identifier les buts positifs dans la vie; se centrer sur le processus et non sur le résultat en vue de la réalisation du but; utiliser un modèle de résolution de problèmes; identifier les comportements favorables à la santé qui facilitent l'atteinte du but et les comportements nuisibles qui entravent le processus; créer un réseau de support social; et, généraliser les habiletés acquises au cours du programme à d'autres contextes de vie. [traduction libre] (Danish, 1997, p. 297)

Chaque groupe est animé par deux ou trois personnes formées au programme pour un ratio de quinze jeunes. Le programme se déroule sur dix rencontres hebdomadaires d'une durée d'une heure. Lors de la première rencontre, les participants apprennent à rêver à propos de leur futur; ils sont invités à prendre conscience de leurs rêves et à les partager par écrit ou par dessin. De plus, on leur demande d'identifier les personnes qui leur servent de modèle et celles qui pourraient nuire au développement d'un futur positif. La deuxième rencontre a pour thème l'importance d'avoir des buts dans la vie et que ces buts soient réalisables, c'est-à-dire positifs, spécifiques et importants pour eux, ainsi que sous leur contrôle. L'exercice ici est d'apprendre à différencier les buts atteignables de ceux qui ne le sont pas. Au cours de la troisième rencontre, les participants sont amenés à identifier, chacun pour soi, un but atteignable d'ici la fin du programme. La quatrième rencontre porte sur la planification du but choisi. Le but est alors décortiqué en sous-étapes et des dates sont fixées pour la réalisation de chacune. La cinquième rencontre est à titre préventif et porte sur des obstacles majeurs qui pourraient venir entraver la réalisation de leurs buts dans la vie : grossesse à l'adolescence, violence, décrochage scolaire, etc. Lors de la sixième rencontre, la technique de

résolution de problèmes STAR leur est présentée. Celle-ci comporte quatre étapes : 1) s'arrêter et relaxer (*Stop and chill out*); 2) penser à toutes les solutions possibles (*Think of all your choices*); 3) anticiper les conséquences de chaque solution envisagée (*Anticipate the consequences of each choice*); 4) choisir la meilleure solution (*Respond with the best choice*). Les participants sont amenés à pratiquer cette technique dans différentes situations. La septième rencontre a pour thème le soutien social et les jeunes sont amenés à s'entraider dans la réalisation d'un but commun différent du but personnel qu'ils poursuivent. La huitième rencontre aborde la manière de rebondir face à une sous-étape du but difficile à atteindre. Il s'agit alors de trouver des stratégies ou des alternatives et d'appliquer ces stratégies au but qu'ils ont sélectionné à la rencontre trois. La neuvième rencontre sert à identifier les forces personnelles qui les aident dans la réalisation de leurs buts. De plus, les participants sont graduellement amenés à généraliser ces forces à d'autres contextes. La dixième rencontre est une révision et intègre toutes les informations qui ont été fournies au cours du programme. Le programme a été testé sur plusieurs centaines d'étudiants d'ethnies variées habitant aux États-Unis (afro-américaine, américaine, asiatique, hispanique). De façon générale, les participants ont réussi à atteindre le but qu'ils s'étaient fixé. De plus, ils présentaient une plus grande assiduité à l'école que le groupe contrôle, moins de comportements nuisibles (incluant l'alcool, les cigarettes et les drogues), ainsi qu'une diminution des troubles de comportements et ils ont perçu le programme comme suffisamment intéressant pour le conseiller à leurs amis (Danish, 1997).

L'analyse critique de ce programme fait ressortir plusieurs avantages. D'abord, il tient compte du processus de réalisation des buts, soit l'évaluation, la planification et la poursuite. Les individus sont amenés à mettre ce processus en pratique par la mise en action d'un but sélectionné. Ensuite, la concrétisation du but est prise en considération; les jeunes sont amenés à rendre leur but concrètement réalisable. Il est également question de conscientiser les jeunes aux obstacles potentiels et de les préparer à les affronter. Une technique de résolution de problème leur est également enseignée, ce qui leur permet de généraliser les acquis à d'autres contextes. De plus, le soutien social est valorisé et permet la création du sentiment d'appartenance. Toutefois, certains inconvénients ressortent. D'abord, le programme a été conçu pour des adolescents et a pour but principal de contrer les comportements problématiques tels le décrochage scolaire, la consommation, l'intimidation, etc. Il n'est donc pas adapté à une clientèle âgée dépressive. Ensuite, les différents domaines des buts ne sont pas présentés aux jeunes, ce qui peut limiter leur réflexion face aux buts qu'ils aimeraient réaliser dans la vie. Par ailleurs, l'accent n'étant pas mis sur l'établissement de priorités, le but sélectionné par l'individu n'est pas nécessairement celui qui apporte le plus de sens à sa vie au moment du programme. Finalement, bien que les jeunes soient amenés à réaliser un but au cours du programme, il semble y avoir peu de temps consacré lors des rencontres à la progression du but de chacun et aux difficultés rencontrées lors de la réalisation du but. Les groupes étant constitués de 15 participants et la rencontre durant 60 minutes, cela laisse peu de temps d'échange entre les participants par rapport à leur but respectif.

Programme d'objectifs personnels. Le Programme d'objectifs personnels de Bauer et McBride (2001) est une thérapie de groupe qui s'adresse principalement à la clientèle ayant un trouble bipolaire. Il se divise en deux phases dont la première se concentre surtout sur la psychoéducation du trouble, alors que la deuxième est axée sur la réalisation de buts personnels. Au cours de ce programme, « les participants apprennent à développer une perception plus juste d'eux-mêmes, de leur maladie et de leur environnement, à établir des buts réalistes et à aborder de manière efficace leurs problèmes. » [traduction libre] (Bauer & McBride, 2001, p. 119). Les participants se rencontrent sur une base hebdomadaire à raison de 60 minutes par rencontre. Il s'agit de groupes réunissant cinq à sept participants, ainsi qu'un thérapeute pour chaque phase. La phase 1 s'étale sur une durée de cinq séances alors que la durée de la phase 2 est variable. Comme la phase 1 touche la psychoéducation du trouble, elle ne sera pas abordée dans le cadre de cet essai. La phase 2, intitulée *Atteindre les objectifs personnels*, se divise en trois stades. Avant le début du premier stade, il est suggéré au thérapeute de prendre une à deux séances pour favoriser le développement du sentiment d'appartenance du groupe et le lien de confiance entre les participants. Le premier stade consiste à identifier un but personnel. Celui-ci doit être important pour le participant, prioritaire, mesurable, sous son contrôle et planifié de manière réaliste et atteignable. Au deuxième stade, le but sélectionné est développé en sous-objectifs qui sont eux aussi décortiqués en sous-étapes. Il importe que ces sous-étapes soient réalistes afin de ne pas confronter le participant à l'échec, celui-ci ayant dû faire face à l'échec plus d'une fois dans sa vie de par son trouble bipolaire. Le troisième stade rejoint la mise en action des

sous-objectifs et un suivi des progrès est effectué. Au cours de la phase 2, l'approche cognitivo-comportementale guide les interventions (technique de résolution de problèmes, analyse des coûts-bénéfices, la chaîne comportementale situation-pensée-sentiment-action, etc.) et différentes techniques sont proposées au thérapeute dans le manuel d'intervention afin de contrer les obstacles pouvant être rencontrés durant le programme (Bauer & McBride, 2001).

L'examen plus approfondi du programme fait ressortir ses différentes qualités, mais aussi ses quelques faiblesses. Ce programme offre plusieurs avantages. D'abord, il tient compte du processus de réalisation des buts, soit l'évaluation, la planification et la poursuite. Le but sélectionné par le participant doit avoir du sens pour lui, ce qui rejoint la sélection des priorités, et il doit être réalisable et mesurable, ce qui rejoint la concrétisation du but. Ensuite, l'accent est mis sur le développement du sentiment d'appartenance au groupe dès le début des rencontres. Le programme enseigne également différentes techniques pour favoriser la résolution de problèmes. Toutefois, les différents domaines des buts ne sont pas abordés, ce qui pourrait limiter l'individu dans son choix de buts prioritaires et l'amener à manquer d'équilibre dans sa vie. Ensuite, le programme est spécifique au trouble bipolaire et nécessiterait quelques adaptations pour une clientèle âgée dépressive. Finalement, il comporte une première phase axée sur la psychoéducation du trouble qui n'est pas nécessairement liée aux buts personnels et qui diminue le temps accordé aux échanges thérapeutiques. De plus, les

personnes n'étant pas intéressées par cette première partie psychoéducative peuvent être portées à décrocher sans avoir même amorcé le programme d'objectifs personnels

Programme Gestion des buts personnels. Le programme Gestion des buts personnels a commencé à prendre forme dans les années 1991-1992 (Dubé, Bouffard, & Lapierre, 2005). Sa première version fut développée pour amener des personnes âgées en vue d'élargir leur perspective future. En regard du succès qu'il a connu, le programme a été adapté par la suite à diverses clientèles auprès desquelles il a fait ses preuves en termes d'efficacité : clientèle âgée en grande perte d'autonomie et habitant en centre de soins de longue durée (Bouffard, Dubé, Lapierre, & Bastin, 1996), étudiants universitaires (Bouffard, Bastin, Lapierre, & Dubé, 2001), jeunes retraités (Dubé, Bouffard, Lapierre, & Alain, 2003; Dubé, Lapierre, Bouffard, & Alain, 2002, 2007, 2011), jeunes retraités avec idéations suicidaires (Lapierre et al., 2007), personnes lourdement handicapées (Côté, Dubé, St-Onge, & Beauregard, 2011), femmes victimes d'agression à caractère sexuel (Rivest, Dubé, & Dubé, 2009), personnes divorcées (Navratil & Lapierre, 2009), etc. Ainsi, il a favorisé, entre autres, l'amélioration des capacités de résilience (Dubé, Lapierre, Bouffard, & Alain, 2011), du bien-être psychologique (Bouffard et al., 2001; Dubé, Bouffard, Lapierre, & Alain, 2005) et de la santé mentale (Dubé, Bouffard, Lapierre, & Alain, 2005; Rivest et al., 2009), ainsi qu'une augmentation de l'espoir, de la flexibilité, de la sérénité et une diminution significative d'idéations suicidaires (Lapierre et al., 2007). Le programme présenté dans cet essai est la version adaptée pour la clientèle dépressive âgée. Il s'intitule « En route

vers une vie plus heureuse » et s'adresse aux personnes âgées de 65 ans et plus qui sont déprimées ou aux prises avec des problèmes de sommeil. Il comporte cinq grandes étapes : étapes préliminaires, élaboration du but, planification du but, poursuite du but, évaluation du but (voir Tableau 1).

Ce programme permet aux participants de prendre conscience de leurs projets de vie, d'en sélectionner un qui est prioritaire pour eux actuellement et de le réaliser. Globalement, les objectifs du programme sont 1) d'aider l'individu à traverser une ou des transitions de vie plus ou moins difficiles en axant la démarche sur l'identification de buts personnels significatifs, 2) d'améliorer les habiletés et les capacités permettant la réalisation de buts personnels, 3) d'augmenter son niveau de bien-être et 4) de soutenir le participant dans sa démarche de réalisation d'un but concret qui donne du sens à sa vie. Fondamentalement, l'objectif sous-jacent est que les participants apprennent à généraliser ce processus à leur vie quotidienne pour leur permettre de développer un bien-être psychologique qui perdure. Il s'agit d'une démarche en petits groupes de cinq ou six participants. Quatorze rencontres sont prévues, à titre d'une par semaine, et chacune est d'une durée approximative de deux heures. Globalement, les rencontres permettent d'abord de tisser un lien de confiance entre les participants, et ensuite d'échanger sur leur vécu face à la réalisation de leur projet (obstacles rencontrés, ressources disponibles, temps accordé, personnes impliquées, moyens utilisés, stratégies mises en place, etc.). Chaque participant réalise son propre projet qui lui est significatif. Les rencontres sont animées par un intervenant qui connaît bien le programme. Il

Tableau 1

*Les étapes du programme Gestion des buts personnels
(Dubé, Bouffard, & Lapierre, 2005)*

Étape	Rencontre ¹	Contenu
Étapes préliminaires	1	Présentation des participants et informations sur le programme en vue d'encourager la participation active dans les ateliers.
	2	Échanges sur la situation de crise ou sur les difficultés rencontrées (à partir de l'expérience, je me tourne vers l'avenir).
Élaboration du but	3	Identification des pensées nuisibles et des croyances négatives qui empêchent la réalisation de mes buts.
	4	Inventaire de mes désirs, ambitions, projets et buts personnels afin de prendre conscience de tout ce qui est important pour moi dans la vie.
	5	Identification de mes buts prioritaires et évaluation selon un certain nombre de caractéristiques (probabilité de réalisation, efforts nécessaires pour réussir, stress ou plaisir associé au but, etc.) pour faire ressortir toutes les implications des buts retenus.
	6	Choix d'un but important et traduction de ce but en des actions concrètes, claires et précises en vue de faciliter sa réalisation.
Planification du but	7 et 8	Choix des moyens, spécification des étapes de réalisation, prévision des obstacles et des stratégies pour les affronter, identification des ressources personnelles et de l'environnement incluant l'aide possible d'autrui.
Poursuite du but	9-10-11-12-13	Cheminement vers la réalisation du but : utilisation de moyens efficaces et d'actions concrètes, persévérance, affrontement des difficultés et ajustements constants en fonction des imprévus, avec le soutien des animateurs et du groupe.
Évaluation	14	Évaluation des progrès réalisés dans la réalisation du but, prise de conscience des apprentissages effectués au cours de la démarche et évaluation du niveau de satisfaction.

¹ Le nombre de rencontres peut varier puisque chaque groupe suit son propre rythme.

importe de mentionner que le programme est axé sur la réalisation de projets personnels et qu'il n'est pas une thérapie de groupe en soi. Le but n'est pas d'analyser chaque participant en profondeur, mais de lui permettre d'apprendre la démarche pour favoriser un mieux-être psychologique (Dubé, Bouffard, & Lapierre, 2005; Dubé et al., 2002).

L'examen critique de ce programme fait ressortir qu'il offre plusieurs avantages. D'abord, il a été conçu pour une clientèle âgée dépressive, la clientèle visée par cet essai. De plus, il tient compte des diverses étapes du processus de réalisation des buts. Ensuite, comme le but sélectionné par le participant doit avoir du sens pour lui en plus d'être réalisable et mesurable et que les différents domaines des buts sont abordés, la sélection des priorités ainsi que la concrétisation du but font l'objet d'une démarche bien structurée. Les étapes préliminaires favorisent également le développement du lien de confiance entre les participants, ce qui favorise une ouverture de soi et une profondeur à la démarche. Par ailleurs, le programme fournit plusieurs stratégies variées qui encouragent l'apprentissage d'une technique de résolution de problèmes, et ce, au fil des rencontres, ce qui laisse amplement de temps aux participants pour échanger sur divers sujets liés à leurs buts personnels. Un inconvénient principal est la nécessité qu'aucun participant ne se connaisse avant de débiter le groupe, car cela nuit au développement du lien de confiance et à l'ouverture de soi. Ainsi, il serait plus difficile d'appliquer le programme, par exemple, dans une résidence pour personnes âgées, les participants pouvant craindre que d'autres divulguent ce qu'ils dévoilent à l'intérieur du groupe.

Cette analyse des différents programmes d'intervention disponibles met en évidence la pertinence de retenir le programme Gestion des buts personnels dans cet essai. En effet, il est le seul développé particulièrement pour la clientèle âgée. Il tient compte des diverses étapes de réalisation des buts. Il amène l'individu à identifier un but prioritaire pour lui. Il soutient les participants dans la réalisation de leur but. Finalement, comme la clientèle visée provient de la population générale, l'inconvénient principal de ce programme ne s'applique pas.

Objectif et hypothèses

L'objectif principal de cet essai est d'observer s'il y a amélioration ou non des habiletés de réalisation des buts personnels et du niveau de dépression des participants ayant suivi le programme Gestion des buts personnels. Comme il a été mentionné dans le contexte théorique, il existe un lien dans la documentation entre le bien-être psychologique et les buts personnels (Bouffard, 2000; Emmons, 1996; Salmela-Aro et al., 2000; Salmela-Aro & Nurmi, 1997), et plus spécifiquement entre la dépression et l'absence ou la difficulté de réalisation de buts (Cohen & Cohen, 2001; Michalak & Holtforth, 2006). À cet égard, une personne ayant des buts qui donnent un sens à sa vie a plus de chances de vivre un bien-être psychologique et diminue ses risques de développer des symptômes dépressifs. L'impact est d'autant plus grand sur le bien-être psychologique lorsque la personne poursuit activement ses buts et qu'elle les réalise (Austin & Vancouver, 1996; Dubé et al., 2000; Johnson et al., 2010; Little & Gee, 2007). Par le programme, les participants, aux prises avec des symptômes dépressifs,

sont amenés à choisir un but significatif pour eux et à le mettre en action afin de le réaliser. Comme une méthode de réalisation des buts personnels leur sera enseignée, il sera possible d'observer si les participants qui améliorent leurs habiletés à élaborer, planifier et réaliser leurs buts verront également leur niveau de dépression diminuer. Compte tenu des résultats significatifs observés par le passé avec d'autres clientèles et de la documentation sur la dépression examinée dans ce présent essai, trois hypothèses sont formulées : 1) les participants reconnaîtront avoir de meilleures habiletés pour réaliser leurs buts personnels à la fin du programme Gestion des buts personnels, en comparaison avec le début; 2) ils seront moins dépressifs à la fin du programme, en comparaison avec le début; 3) plus l'amélioration des habiletés reconnues par les participants pour réaliser leurs buts personnels sera importante, plus leur niveau de dépression diminuera. Les hypothèses n'impliquent pas de lien de cause à effet entre l'amélioration de la dépression et le contenu du programme, le devis expérimental ne le permettant pas.

Par ailleurs, comme il a été mentionné précédemment, certains auteurs soulignent que la dépression chez les personnes âgées est souvent masquée, se présentant sous forme de symptômes physiques et/ou somatiques. Or, d'autres auteurs, dont Kumar et al. (2004), prônent le dépistage de la dépression sans tenir compte des symptômes physiques puisque ceux-ci peuvent être causés par une médication ou une maladie physique autre que la dépression. Ainsi, avant de vérifier les hypothèses, et devant la polémique soulevée par la pertinence d'insérer ou non des items somatiques dans

l'évaluation de la dépression chez les personnes âgées, deux analyses préliminaires seront effectuées. D'abord, les deux instruments utilisés pour mesurer le niveau de dépression des participants, l'un comportant des items somatiques (BDI-II), l'autre non (ÉDG), seront comparés pour savoir s'ils mesurent le même concept. Ensuite, la convergence de résultats obtenus à ces deux instruments de mesure sera analysée en tenant compte de la présence ou non de maladies physiques empêchant énormément la personne de mener ses activités habituelles. Ces analyses permettront de retenir l'une ou l'autre des échelles pour vérifier l'hypothèse ou encore de mieux cerner ce qui est mesuré par chacune d'elle.

Méthode

Ce deuxième chapitre présente la méthode choisie pour réaliser l'expérimentation. Il décrit les participants, le matériel nécessaire à l'expérimentation, les instruments de mesure utilisés, le déroulement de l'expérimentation, ainsi que le plan de l'expérience.

Participants

Vingt-neuf personnes ont été contactées pour l'entrevue initiale. Pour être inclus dans le programme, les participants devaient être âgés de 65 ans et plus et devaient obtenir un score supérieur à 9 à l'Inventaire de dépression de Beck. Les participants ayant un score inférieur à 24 au MMSE étaient exclus. Sur les 29 personnes, 5 n'ont pas été retenues, car elles ne présentaient pas de symptômes dépressifs; 5 ont abandonné après quelques rencontres suivant le début du programme. Ainsi, 19 participants composent l'échantillon final. Il s'agit de 4 hommes et 15 femmes francophones, âgés de 65 à 84 ans ($M = 68,74$ ans, $ÉT = 5,23$ ans). Les participants ont en moyenne 12,26 ans de scolarité ($ÉT = 3,90$ ans), 5 sont mariés ou conjoints de fait, 9 sont séparés ou divorcés, 1 est célibataire et 4 sont veufs. Aucun groupe contrôle n'a été recruté.

Instruments de mesure

Cette section présente les différents instruments de mesure utilisés pour évaluer la dépression, les déficits cognitifs, la réalisation des buts et la santé physique.

Dépression

Deux instruments ont servi à évaluer le niveau de dépression des participants. Le premier inclut des items somatiques. Il s'agit de l'Inventaire de dépression de Beck (BDI-II) (Beck et al., 1996), validé et traduit pour la population canadienne-française par The Psychological Corporation (1996). Selon Bouvard et Cottraux (2002), « la consistance interne est satisfaisante. La version française différencie bien les sujets déprimés de sujets contrôles et de sujets anxieux. » (p. 186). Le BDI-II comporte 21 items mesurés à l'aide d'une échelle de type Likert en quatre points. Les notes de seuil sont les suivantes : une cote de 0 à 13 indique une dépression minimale, une cote de 14 à 19 une dépression légère, de 20 à 28 une dépression modérée et de 29 à 63 une dépression sévère (Beck et al., 1996). Il importe de spécifier que ces cotes ne permettent pas de poser un diagnostic clinique; elles sont un indicateur de la sévérité de la dépression (Beck et al., 1996). Dans leur manuel accompagnant le BDI-II, Beck et ses collègues (1996) précisent que la décision d'utiliser d'autres points de césure dépend des caractéristiques de l'échantillon et de l'objectif que l'on espère atteindre. L'objectif poursuivi ici n'étant pas d'évaluer la sévérité de la dépression majeure, mais d'évaluer l'effet d'un programme sur la sévérité de la dépression chez des personnes âgées déprimées vivant dans la communauté, le seuil de 10 et plus a été retenu comme critère d'inclusion dans le programme. Ce seuil permettra d'inclure des cas de dépression mineure, sous-clinique, ou encore de dépression masquée, tout en laissant un intervalle pour évaluer l'amélioration de la condition des participants, évitant ainsi un effet plafond.

Le second instrument utilisé pour évaluer la dépression ne comporte pas d'items somatiques. Il s'agit de la forme courte à 15 items de l'Échelle de dépression gériatrique (ÉDG) (Sheikh & Yesavage, 1986) (voir Appendice A). Le participant doit dire si oui ou non l'énoncé correspond à son vécu intérieur. Un score total de 0 à 5 indique une absence de dépression, de 6 à 10 une dépression légère et de 11 à 15 une dépression modérée à sévère. Cette échelle a été validée par Sheikh et Yesavage. Ces derniers ont administré à la fois la forme courte et la forme longue de l'ÉDG à 38 personnes âgées de 55 ans et plus. Les deux formes ont permis de différencier les personnes dépressives de celles qui ne l'étaient pas. De plus, il existe une corrélation élevée entre la version courte et la version longue ($r = 0,84$, $p < 0,001$) (Sheikh & Yesavage, 1986). La traduction française des 15 items de la version courte utilisée dans le présent projet est une adaptation de la traduction canadienne-française de l'ÉDG version longue effectuée par Lacasse¹ (voir Appendice A).

Déficits cognitifs

L'Échelle de statut mental de Folstein (MMSE) (Folstein, Folstein, & Mc Hugh, 1975) est un bref questionnaire de 11 items qui permet de détecter la présence de déficits cognitifs. Les items sont variés et font appel, par exemple, à l'orientation spatiale et temporelle, à la mémoire verbale, à la réversibilité mentale, etc. Le score maximum est

¹ Voir la version canadienne-française de l'ÉDG de Yves Lacasse MD, MSc, Centre de Pneumologie Hôpital Laval 2725 Chemin Ste-Foy Ste-Foy, P. Québec, repérée de <http://www.stanford.edu/~yesavage/FrenchCan.html>.

de 30 et un score inférieur à 24 signifie qu'il y a possibilité de problèmes cognitifs. Une évaluation approfondie est alors requise pour en connaître davantage sur la spécificité des problèmes cognitifs. Le MMSE a été traduit et validé par une équipe du Centre de recherche en gériatrie de l'Hôpital d'Youville de Sherbrooke (Hébert, Bravo, & Girouard, 1992).

Réalisation des buts

Le questionnaire Processus de réalisation des buts (Bouffard, Lapierre, & Dubé, 2004) permet de vérifier à quel niveau les individus perçoivent leurs habiletés à élaborer, planifier et réaliser leurs buts personnels (coefficient de consistance interne, $\alpha = 0,91$). Il comporte 30 items mesurés à l'aide d'une échelle de type Likert en 7 points (allant de 1 pas du tout d'accord à 7 tout à fait d'accord). Ce questionnaire comporte trois sous-échelles, élaboration du but (items 1, 5, 8, 11, 15, 17, 20, 23, 26 et 29), planification (items 2, 4, 6, 9, 12, 14, 18, 21, 24, 27 et 30) et poursuite (items 3, 7, 10, 13, 16, 19, 22, 25 et 28), qui permettent d'obtenir un score global évaluant la capacité de réalisation des buts, soit l'échelle principale. Les items 17 et 23 doivent être inversés pour la cotation (voir Appendice B).

Santé physique

La santé physique des participants a été mesurée à l'aide du *Multifunctional Assessment Questionnaire (MFAQ)*, section santé physique, développé dans le cadre du projet *Older Adult Resources and Services (OARS)* de l'Université Duke (Blazer et al.,

1978). Cette section a été traduite en français et validée par Lefrançois, Leclerc et Poulin (1995). Le questionnaire comporte 34 items et, pour chaque item, les participants doivent mentionner s'ils ont la maladie et si oui, à quel niveau elle les empêche de faire leurs activités selon une échelle de type Likert en trois points (allant de 1 pas du tout à 3 énormément). Il est à noter que le terme « maladie invalidante » sera utilisé dans le présent essai à la place du terme « maladie physique qui empêche énormément le participant de pratiquer ses activités » dans le but d'alléger le texte.

Déroulement de l'expérimentation

Deux modalités de recrutement ont été utilisées : des articles dans les journaux et des références venant d'une intervenante de l'Office municipal d'habitation de Trois-Rivières. L'article dans le journal invitait les gens à téléphoner au Laboratoire de gérontologie de l'UQTR. Dans ce cas, une brève explication de la démarche leur était donnée. Les personnes intéressées étaient invitées pour une entrevue prétest. Les gens recrutés par l'Office municipal d'habitation de Trois-Rivières étaient référés par une intervenante sociale de l'organisme qui avait dépisté au préalable les gens dépressifs et qui les avait contactés pour savoir s'ils étaient intéressés par le programme. Par la suite, un membre de l'équipe de chercheurs les appelait pour vérifier si leur intérêt était toujours présent. Ils étaient alors invités pour une entrevue prétest. Les entrevues prétest se déroulaient en individuel. Les intervieweurs étaient des étudiants du doctorat en psychologie de l'UQTR formés au préalable. L'entrevue prétest était constituée de deux parties. La première partie consistait en la passation de deux questionnaires (BDI-II et

MMSE) permettant de voir l'éligibilité des participants au programme. Lorsque ceux-ci étaient admissibles, les participants en étaient informés et l'intervieweur procédait à la deuxième partie de l'entrevue. Celle-ci comportait l'explication plus détaillée du programme, la signature du formulaire de consentement et la passation de plusieurs questionnaires utilisés dans le cadre d'une étude de plus grande envergure. Bien que de nombreuses données aient été colligées, seules celles pertinentes à la présente recherche ont été conservées dans le cadre de cet essai.

Une à deux semaine(s) après l'entrevue prétest, les participants se sont engagés dans le programme d'une durée de 13 ou 14 rencontres. Ils furent répartis en quatre groupes d'environ 5-6 participants pour tout le déroulement du programme. Une psychologue spécialisée en gérontologie et familiale avec le programme a animé les quatre groupes. Les rencontres se sont déroulées de janvier à avril 2011. Un cahier a été remis à chaque participant lui permettant de suivre les différentes étapes de la démarche. À la fin du programme, les participants ont été invités pour une entrevue post-test où les mêmes questionnaires de l'entrevue prétest leur ont été administrés à nouveau par les intervieweurs. Chaque participant rencontrait toutefois un intervieweur différent de l'entrevue prétest pour s'assurer d'une plus grande objectivité.

Plan de l'expérience

Le présent essai se situe dans le contexte d'une évaluation de programme. Il s'agit d'un devis quantitatif. Des mesures sont administrées aux participants avant (en prétest) et après (en post-test) le programme Gestion des buts personnels. Étant donné l'absence

de mesures de contrôle et le très petit échantillon, l'étude est corrélationnelle. Il n'y a donc pas de liens de cause à effet qui peuvent être établis. Il s'agit d'une étude exploratoire.

Résultats

Ce chapitre présente l'analyse des données dans un premier temps pour ensuite se consacrer à la présentation des résultats.

Analyse des données

Deux analyses préliminaires devaient être effectuées avant de vérifier les trois hypothèses. Concernant la première analyse préliminaire, à savoir si le BDI-II et l'ÉDG mesurent le même concept, des corrélations de Pearson ont été effectuées sur les résultats au prétest. La deuxième analyse préliminaire concerne l'effet de la maladie physique sur ces deux mesures. Cet effet a été exploré à l'aide de corrélations de Pearson, d'abord entre chacune de ces mesures et le nombre de maladies invalidantes pour l'échantillon total, puis avec les sujets ayant au moins une maladie invalidante. Finalement, les participants ont été répartis en deux sous-groupes : ceux sans maladie invalidante vs ceux ayant au moins une maladie invalidante. Un Test-T a alors été effectué sur les scores des deux sous-groupes au BDI-II et à l'ÉDG au prétest afin d'examiner s'il existe une différence au niveau de la sévérité de la dépression entre les deux sous-groupes. Ces deux analyses préliminaires servent à éclaircir le débat quant à la pertinence d'inclure des items somatiques pour mesurer la dépression chez la clientèle âgée.

La première hypothèse, soutenant que les participants reconnaîtront avoir de meilleures habiletés pour réaliser leurs buts personnels à la fin du programme Gestion des buts personnels en comparaison avec le début, a été vérifiée à l'aide d'analyses de comparaison de moyennes (T-Test) prétest (avant le début du programme) et post-test (immédiatement après le programme) pour le score global et pour chacune des échelles. Ces analyses ont par la suite été reprises en répartissant les sujets dans les deux sous-groupes habituels.

La deuxième hypothèse, soutenant que les participants seront moins dépressifs à la fin du programme en comparaison avec le début, a été vérifiée à l'aide d'analyses de comparaison de moyennes (T-Test) prétest (avant le début du programme) et post-test (immédiatement après le programme) pour les scores globaux puis pour chaque item des deux instruments évaluant la dépression. Ces analyses ont par la suite été reprises en répartissant les sujets dans les deux sous-groupes habituels.

La troisième hypothèse soutient que plus l'amélioration des habiletés reconnues par les participants pour réaliser leurs buts personnels sera importante, plus leur niveau de dépression diminuera. Pour vérifier cette hypothèse, des corrélations de Pearson ont été réalisées entre les différences prétest/post-test observées sur le score global et chacune des sous-échelles du questionnaire Processus de réalisation des buts et les différences prétest/post-test observées sur les mesures de dépression. Après avoir

procédé à ces analyses avec l'échantillon total, elles ont été reprises avec les deux sous-groupes.

Présentation des résultats

Deux analyses préliminaires et trois hypothèses ont fait l'objet d'analyses statistiques.

D'abord, quant à la première analyse préliminaire, la corrélation entre le niveau de dépression mesuré à l'aide du BDI-II et celui obtenu à partir de l'ÉDG lors du prétest est significative ($r(18) = 0,59, p < 0,009$). Cela signifie qu'un score élevé de dépression au BDI-II est associé à un score élevé de dépression à l'ÉDG. Cependant, comme cette corrélation est de 0,59, cela signifie que les deux instruments sont différents l'un de l'autre et qu'ils ne mesurent pas exactement le même concept. Ils seront donc conservés pour les analyses subséquentes.

La deuxième analyse préliminaire porte sur l'effet de la maladie sur la dépression. En considérant l'échantillon total, aucune corrélation significative ne ressort entre le niveau de dépression des participants au prétest et le nombre de maladies invalidantes (BDI-II : $r(18) = 0,38, p = 0,104$; ÉDG : $r(18) = 0,26, p = 0,276$). En conservant uniquement les huit participants qui ont au moins une maladie invalidante, les résultats montrent que plus le nombre de ce type de maladies augmente, plus leur niveau de dépression est susceptible d'être élevé, et ce, peu importe que le test tienne compte ou

non des symptômes somatiques (BDI-II : $r(7) = 0,86$, $p = 0,006$; ÉDG : $r = 0,78$, $p = 0,024$). Finalement, au prétest, il n'y a pas de différence significative entre les participants ayant au moins une maladie invalidante et ceux sans maladie, tant pour le BDI-II (M avec maladies (1 ou +) = 21,25, M sans maladie = 21,18, $t(18) = 0,02$, $p = 0,984$) que pour l'ÉDG (M avec maladies = 6,00, M sans maladie = 6,27, $t(18) = -0,16$, $p = 0,875$).

En ce qui a trait à la première hypothèse, les participants ont vu une amélioration significative quant à leurs habiletés liées à la réalisation de buts personnels, tant pour le score global que pour les habiletés d'élaboration, de planification et de poursuite (voir Tableau 2). En considérant comme deux groupes distincts les participants ayant au moins une maladie invalidante ($n=8$) et ceux n'en ayant pas ($n=11$), seuls les scores global et de poursuite du but s'améliorent significativement pour les participants ayant au moins une maladie invalidante (voir Tableau 3). Pour ceux sans maladie invalidante, le score global ainsi que la capacité à planifier et à poursuivre un but s'améliorent significativement (voir Tableau 4).

Concernant la deuxième hypothèse, les participants ont vu leur niveau de dépression diminuer de manière significative, que celle-ci soit évaluée par le BDI-II ou l'ÉDG (voir Tableau 2). Plus spécifiquement, une analyse d'items a permis de constater que, pour le BDI-II (voir Tableau 5), cette amélioration semble surtout attribuable aux items 1, 5, 6, 7, 10 et 11. Pour l'ÉDG (voir Tableau 6), les items 3, 6 et 8 ont vu une

Tableau 2

Comparaison de moyennes entre le prétest et le post-test pour la dépression et la réalisation des buts (échantillon total, N = 19)

Variables	Prétest		Post-test		<i>T</i>
	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	
Réalisation des buts					
Global / 210	137,58	22,95	156,58	19,35	-4,59**
Élaboration / 70	43,21	12,99	50,26	9,60	-2,44*
Planification / 77	53,05	8,49	59,42	6,79	-3,23**
Poursuite / 63	41,32	9,40	46,89	6,33	-3,77**
Dépression					
BDI-II / 63	21,21	7,02	13,11	8,63	3,87**
ÉDG / 15	6,16	3,56	3,89	3,51	2,42*

* $p < 0,05$. ** $p < 0,01$.

Tableau 3

Comparaison de moyennes entre le prétest et le post-test pour la dépression et la réalisation des buts (sous-échantillon ayant au moins une maladie invalidante, n = 8)

Variables	Prétest		Post-test		<i>T</i>
	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	
Réalisation des buts					
Global / 210	136,75	23,87	155,38	12,13	-2,67*
Élaboration / 70	42,38	13,90	47,75	8,12	-1,20
Planification / 77	54,25	8,46	60,00	3,59	-2,04
Poursuite / 63	40,13	9,36	47,63	4,14	-3,06*
Dépression					
BDI-II / 63	21,25	9,44	12,00	6,78	2,76*
ÉDG / 15	6,00	4,14	4,13	3,23	1,60

* $p < 0,05$. ** $p < 0,01$.

Tableau 4

Comparaison de moyennes entre le prétest et le post-test pour la dépression et la réalisation des buts (sous-échantillon sans maladie invalidante, n = 11)

Variables	Prétest		Post-test		<i>T</i>
	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	
Réalisation des buts					
Global / 210	136,75	23,87	155,38	12,13	-2,67*
Élaboration / 70	42,38	13,90	47,75	8,12	-1,20
Planification / 77	54,25	8,46	60,00	3,59	-2,04
Poursuite / 63	40,13	9,36	47,63	4,14	-3,06*
Dépression					
BDI-II / 63	21,18	5,13	13,91	10,01	2,61**
ÉDG / 15	6,27	3,29	3,73	3,85	1,80

* $p < 0,05$. ** $p < 0,01$.

amélioration significative entre le prétest et le post-test. En considérant comme deux groupes distincts les participants ayant au moins une maladie invalidante ($n=8$) et ceux n'en ayant pas ($n=11$), on constate que chaque groupe a vu une amélioration significative du niveau de dépression au BDI-II à la fin du programme (voir Tableaux 3 et 4). Toutefois, cette amélioration n'a pu être perçue par l'ÉDG, les résultats n'étant pas significatifs (voir Tableaux 3 et 4). En ce qui a trait à l'analyse d'items, pour le sous-groupe avec maladies invalidantes ($n=8$), on observe une amélioration significative aux items 5 et 11 du BDI-II (voir Tableau 7, Appendice C) alors que pour l'ÉDG (voir Tableau 8, Appendice C), aucun aspect spécifique ne s'améliore. Quant à l'autre sous-groupe ($n=11$), sans maladie invalidante, on observe une amélioration significative aux

Tableau 5

*Comparaison de moyennes entre le prétest et le post-test pour les items du BDI-II
(échantillon total, N = 19)*

Items	Prétest		Post-test		T
	M	ÉT	M	ÉT	
1 Tristesse	1,11	0,74	0,53	0,14	4,16**
2 Pessimisme	1,21	0,92	0,79	0,92	1,64
3 Échecs dans le passé	0,84	1,07	0,47	0,77	1,33
4 Perte de plaisir	1,16	0,77	0,95	0,71	1,07
5 Sentiments de culpabilité	1,00	0,88	0,42	0,61	3,64**
6 Sentiment d'être puni(e)	0,58	1,02	0,05	0,23	2,14*
7 Sentiments négatifs envers soi-même	1,16	0,83	0,47	0,70	2,82*
8 Attitude critique envers soi	0,74	0,65	0,47	0,77	1,23
9 Pensées ou désirs de suicide	0,47	0,51	0,42	0,77	0,33
10 Pleurs	1,42	1,12	0,63	1,12	3,34**
11 Agitation	1,63	1,12	0,53	0,77	4,85**
12 Perte d'intérêt	0,68	0,95	0,37	0,50	1,46
13 Indécision	0,89	0,81	0,53	0,61	1,79
14 Dévalorisation	0,53	0,77	0,42	0,69	0,57
15 Perte d'énergie	1,37	0,60	1,11	0,57	2,04
16 Modif. habitudes sommeil	1,37	1,01	0,79	0,71	1,82
17 Irritabilité	0,16	0,38	0,42	0,51	-2,04
18 Modif. appétit	1,05	1,13	0,84	0,96	0,61
19 Difficulté à se concentrer	1,11	0,66	0,79	0,86	1,46
20 Fatigue	1,47	0,84	1,11	0,94	1,93
21 Perte d'intérêt pour le sexe	1,26	1,37	1,00	1,37	2,04

* $p < 0,05$. ** $p < 0,01$.

Tableau 6

*Comparaison de moyennes entre le prétest et le post-test pour les items de l'ÉDG
(échantillon total, $N = 19$)*

Items	Prétest		Post-test		<i>t</i>
	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	
1 Satisfaction de vie	0,42	0,51	0,11	0,32	2,05
2 Activités et intérêts	0,53	0,52	0,37	0,50	1,14
3 Sentiment de vide	0,63	0,50	0,26	0,45	3,24**
4 Ennui	0,58	0,51	0,32	0,48	2,04
5 Bonne humeur	0,11	0,32	0,00	0,00	1,45
6 Peur d'un malheur	0,63	0,50	0,26	0,45	3,24**
7 Heureux	0,32	0,48	0,21	0,42	0,70
8 Impuissant	0,84	0,38	0,47	0,51	3,24**
9 Sortir ou non	0,26	0,45	0,42	0,51	-1,37
10 Problèmes de mémoire	0,26	0,45	0,16	0,38	1,46
11 Merveilleux de vivre	0,21	0,42	0,16	0,38	0,44
12 Valeur personnelle	0,21	0,42	0,21	0,42	0,00
13 Énergie	0,68	0,48	0,63	0,50	0,37
14 Espoir	0,21	0,42	0,11	0,32	1,46
15 Situation de vie	0,26	0,45	0,21	0,42	0,57

* $p < 0,05$. ** $p < 0,01$.

items 1, 10 et 11 du BDI-II (voir Tableau 9, Appendice C) alors qu'il s'agit des items 3, 6 et 8 pour l'ÉDG (voir Tableau 10, Appendice C).

Concernant la troisième hypothèse, la corrélation entre l'amélioration au BDI-II et celle au questionnaire Processus de réalisation des buts est négative et significative ($r(18) = -0,02$, $p = 0,020$), indiquant que l'amélioration des habiletés de réalisation des

buts personnels est associée à une diminution de la dépression. Cette relation est surtout attribuable à l'habileté à poursuivre un but ($r(18) = -0,51, p = 0,027$), l'élaboration et la planification ne présentant pas d'amélioration significative. De plus, dans le sous-échantillon n'ayant pas de maladie invalidante ($n=11$), la corrélation demeure significative entre le BDI-II et l'échelle globale de réalisation des buts ($r(10) = -0,63, p = 0,038$) ainsi que pour l'habileté à poursuivre un but ($r(10) = -0,72, p = 0,012$). En ce qui a trait au sous-groupe des huit participants ayant des maladies invalidantes, aucune corrélation n'est significative (processus de réalisation des buts $r(7) = -0,42, p = 0,304$; capacité à poursuivre un but $r(7) = -0,230, p = 0,584$). Aucun lien corrélationnel significatif n'a pu être observé entre la dépression mesurée par l'ÉDG et les habiletés de réalisation des buts personnels.

Discussion

Ce chapitre discute des résultats obtenus lors des analyses préliminaires et de la vérification des hypothèses. Plus précisément, ce chapitre abordera la pertinence d'utiliser le BDI-II ou l'ÉDG dans l'évaluation de la dépression chez les personnes âgées. De plus, la discussion relative aux hypothèses tiendra compte de la variation des relations entre les buts personnels et la dépression selon la présence ou non de maladies invalidantes.

Analyses préliminaires

Les corrélations ont montré que, bien que le BDI-II et l'ÉDG évoluent dans le même sens, ils ne mesuraient pas exactement le même concept. En effet, la classification des participants selon la sévérité de leur dépression varie en fonction de l'instrument utilisé. Ainsi, avec le BDI-II, les 19 sujets dépressifs sont répartis de la façon suivante : 3 ont une dépression de niveau minimal, 5 de niveau léger, 9 de niveau modéré et 2 de niveau sévère. Or, avec l'ÉDG, sur les 19 participants considérés comme dépressifs avec le BDI-II, 11 sont considérés comme non-dépressifs, 6 auraient une dépression de niveau léger et 2 de niveau modéré à sévère. Cette différence pourrait renvoyer, entre autres, aux symptômes somatiques présents dans le BDI-II, mais absents dans l'ÉDG. Kumar et ses collaborateurs (2004) priorisent cette dernière échelle dans le dépistage de la dépression chez la clientèle âgée. Or, comme il a été rapporté dans le contexte théorique, la dépression se présente souvent sous forme masquée chez la clientèle âgée,

s'exprimant sous forme de plaintes somatiques et de symptômes physiques. Les personnes âgées ayant tendance à nier leurs symptômes dépressifs, il pourrait être plus difficile de dépister la dépression avec l'ÉDG. Une analyse qualitative des deux questionnaires permet de voir que l'ÉDG est surtout axée sur l'aspect émotionnel de la dépression (p. ex., « Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre actuellement ? », « Sentez-vous que votre situation est sans espoir ? ») alors que le BDI-II couvre plusieurs thèmes (tristesse, symptômes somatiques, culpabilité, sentiment d'être puni, découragement, notion de plaisir, etc.), conformément aux critères du DSM-IV (Beck et al., 1996). Ce dernier est donc plus représentatif de ce qui est reconnu comme des indicateurs de dépression. Par ailleurs, il pourrait permettre de dépister les participants qui nient, consciemment ou non, leur sentiment de tristesse associé à la dépression, ou encore qui la vivent sous d'autres modalités, particulièrement le mode physique, comme le soulèvent, entre autres, Beattie et al. (2010), Blazer (2003), ainsi que Takeda et Tanaka (2010). En somme, comme le BDI-II s'est révélé plus sensible pour mesurer la sévérité de la dépression, il serait peut-être plus approprié pour identifier les cas de dépression mineure ou sous-clinique, comme le suggèrent Norris et al. (2004).

En considérant l'échantillon total et quel que soit l'instrument utilisé, la sévérité de la dépression n'est pas reliée au nombre de maladies invalidantes. D'ailleurs, il n'y a pas de différence entre ceux ayant une maladie et ceux n'en ayant pas au niveau de la dépression, que celle-ci soit évaluée par BDI ou ÉDG. Par contre, lorsqu'on considère uniquement les personnes aux prises avec des maladies invalidantes, un nombre élevé de

maladies invalidantes est associé à un niveau de dépression élevé, et ce, tant avec le BDI-II que l'ÉDG. L'écart entre l'échantillon total et le sous-groupe avec maladies invalidantes pourrait s'expliquer par le fait que l'échantillon soit petit. Ainsi, bien qu'aucune relation ne ressorte entre la dépression et le nombre de maladies invalidantes pour l'échantillon total, cela ne signifie pas qu'elle n'existe pas. Donc, peu importe que l'on tienne compte ou non de la présence des symptômes somatiques, la dépression pourrait être associée à un nombre plus élevé de maladies invalidantes. En somme, il semble pertinent d'inclure des items somatiques pour mesurer la dépression chez la clientèle âgée.

Hypothèses

Concernant la première hypothèse, les participants ont noté une amélioration significative quant à leurs habiletés à réaliser leurs buts personnels, et ce, tant pour les scores global, d'élaboration, de planification et de poursuite. L'hypothèse est donc vérifiée. Quant aux sous-groupes formés par les participants ayant au moins une maladie invalidante vs ceux n'en ayant pas, seuls les scores global et de poursuite du but s'améliorent pour le premier sous-groupe alors que, pour le deuxième, il s'agit des scores global, de planification et de poursuite. Le programme se révèle donc efficace pour améliorer la perception des personnes âgées dépressives quant à leurs habiletés en regard du processus des buts. Cependant, si la majorité des personnes observent une amélioration sur leurs habiletés à poursuivre leurs buts, les participants rapportant une

maladie invalidante semblent moins bénéficier d'une amélioration de leur capacité à planifier leurs buts.

La deuxième hypothèse est également vérifiée puisque les résultats ont montré que les participants qui ont suivi le programme ont vu leur niveau de dépression diminuer de manière significative, tant selon le BDI-II que selon l'ÉDG. De plus, cette amélioration semble surtout attribuable à la diminution des pleurs, de l'agitation, des sentiments de tristesse et de culpabilité, de l'impression d'être puni et des sentiments envers soi (appréciation et confiance en soi) selon le BDI-II. L'ÉDG quant à lui indique des améliorations sur d'autres dimensions comme le sentiment de vide, la peur du malheur et le sentiment d'impuissance. Ainsi, bien qu'il s'avère moins sensible pour évaluer la sévérité de la dépression, il révèle quand même des indices différents qui voient une amélioration.

Il est important de remarquer que les symptômes dépressifs qui s'améliorent à la suite du programme ne sont pas reliés aux aspects somatiques du BDI-II, mais plutôt aux aspects émotifs (pleurs, tristesse, culpabilité), cognitifs (perception négative de soi, punition) et comportementaux (agitation). Les items somatiques ne viennent donc pas augmenter ou diminuer l'évaluation de la sévérité de la dépression lors de l'évaluation de ce programme. Nonobstant ses items somatiques, le BDI-II paraît donc être plus sensible aux fluctuations de la dépression mineure ou sous-clinique, plus typique chez

les personnes âgées (Blazer, 2003; Karel et al., 2002; Kumar et al., 2004; Meeks et al., 2011; Segal et al., 2011).

Un dilemme demeure cependant. Le programme suppose que les participants s'investissent dans des activités pour contrecarrer leur tendance dépressive. Or, une des problématiques rencontrées chez certaines personnes âgées est qu'effectivement elles sont aux prises avec des maladies qui les empêchent de s'investir dans leurs activités habituelles. On peut donc se questionner sur la pertinence d'offrir ce programme à des personnes âgées dépressives aux prises avec de telles difficultés. Les résultats, bien que très préliminaires vu le petit nombre de sujets, indiquent que le fait d'avoir ou non des maladies empêchant l'individu de réaliser ses activités habituelles n'interfère pas avec la possibilité de voir la sévérité de la dépression s'améliorer, du moins selon les indices révélés par le BDI-II. Les personnes aux prises avec des maladies invalidantes ressentiraient moins de culpabilité et deviendraient plus calmes (moins agitées). Cette amélioration se fait de pair avec une amélioration de l'habileté à poursuivre leur but, donc à persévérer dans la réalisation du but malgré les obstacles rencontrés. Les personnes sans un tel handicap verraient leur condition s'améliorer quant à la tristesse ressentie, aux pleurs et elles deviendraient aussi plus calmes. L'ÉDG indique en plus, chez eux, une amélioration quant au sentiment de vide, d'impuissance et à la crainte du malheur. Cette amélioration se fait de pair avec une amélioration de l'habileté à planifier et à poursuivre ses buts. En somme, le programme s'avèrerait efficace tant pour les personnes âgées dépressives, qu'elles soient aux prises avec des maladies invalidantes

ou non. Cependant, l'amélioration de l'état dépressif toucherait peut-être moins de dimensions dans le cas des personnes aux prises avec des maladies invalidantes.

Il est quelque peu surprenant de constater à quel point les items à consonance somatique du BDI-II ne sont pas en jeu dans l'évaluation de ce programme. Que les personnes soient aux prises avec des maladies invalidantes ou non, le programme a peu d'effet sur ce qui pourrait être des indices de somatisation, autre que l'agitation, qui est aussi un indicateur d'anxiété. Le sommeil, le niveau d'énergie, l'appétit, la fatigue, pour ne nommer que ceux-là, ne semblent pas améliorés par ce programme bien qu'ils soient les indicateurs de dépression les plus élevés chez les personnes aux prises avec des maladies invalidantes. Sont-ils des indices de dépression ou des symptômes reliés aux déficiences physiologiques ? Quoi qu'il en soit, ils contribuent certainement à élever le degré de sévérité de la dépression lorsque celle-ci est évaluée par le BDI-II. Mais, dans notre échantillon, les personnes aux prises avec une ou des maladies invalidantes ne se sont pas révélées plus dépressives que les personnes sans ce type de maladie.

Finalement, concernant la troisième hypothèse, les résultats ont également montré qu'avec le BDI-II, plus les participants améliorent leurs habiletés de réalisation de buts personnels, plus leur niveau de dépression diminue. Cela renvoie à l'existence d'un lien entre les buts et le bien-être psychologique. Cette amélioration semble surtout attribuable au développement des habiletés à poursuivre un but, ce qui signifie que plus les participants améliorent leurs habiletés quant à la poursuite de leurs buts, plus leur

niveau de dépression diminue. Ce résultat souligne l'importance, pour contrer la dépression, de ne pas seulement avoir des buts dans la vie, mais surtout d'avoir les habiletés pour se mettre en action afin de les réaliser et de savoir comment affronter les obstacles rencontrés. Il a cependant été surprenant de constater que cette relation n'est pas apparue lorsque la dépression est mesurée avec l'ÉDG. Comme plus de la moitié des participants n'ont pas été reconnus comme dépressifs à l'ÉDG au prétest, il se peut que cela soit venu biaiser la relation entre les buts personnels et le niveau de dépression à cette échelle. La différence entre les deux échelles pourrait aussi s'expliquer par le fait que le BDI-II contient des items concrets qui rejoignent davantage la poursuite d'un but (p. ex., plaisir à faire quelque chose, intérêt pour les activités, prise de décision, niveau d'énergie, niveau de concentration, fatigue) contrairement à l'ÉDG qui comporte des items plus vagues (p. ex., implication dans les activités et intérêts, vide, ennui, impuissance, faire de nouvelles choses, énergie). Le BDI-II semble donc plus approprié que l'ÉDG pour évaluer le progrès relatif aux symptômes dépressifs en lien avec les habiletés impliquées dans le processus de réalisation des buts. Cependant, ce lien entre l'amélioration des habiletés à réaliser des buts personnels et la diminution de la dépression telle que mesurée par le BDI-II est significatif seulement chez les participants n'ayant pas de maladies invalidantes. Il est toutefois à noter qu'une absence de corrélation significative ne signifie pas que cette corrélation n'existe pas et pourrait s'expliquer par le petit échantillon dans cet essai. Dans l'évaluation du programme, il faudra donc porter une attention particulière au groupe de participants aux prises avec des maladies ayant une incidence sur leurs activités pour tenter de mieux comprendre ce

qui est à bonifier dans le programme en regard des symptômes dépressifs et ainsi pouvoir formuler des recommandations appropriées pour améliorer le programme pour ce type de participants.

Dans les premières rencontres, le programme amène les participants à cibler des buts qui pourraient donner plus de sens à leur vie. L'amélioration de leur état de santé est une des dimensions de vie sur lesquelles ils sont appelés à se pencher. L'amélioration ou le maintien de leur santé physique peut être un but retenu. Toutefois, dans le cas de personnes aux prises avec une ou des maladies invalidantes sur lesquelles elles ont peu ou pas de contrôle, il peut être plus profitable de se centrer sur des buts significatifs en lien avec, par exemple, la dimension affective ou relationnelle plutôt que des buts associés à la santé (Bouffard & Dubé, 2011). Dans le cas de personnes malades, l'animateur devrait donc être particulièrement attentif aux dimensions vers lesquelles les buts des participants s'orientent pour tenter de les amener à sélectionner un ou des buts réalisable(s) et susceptible(s) de diminuer leurs symptômes dépressifs.

Comme il n'y a pas de groupe contrôle et considérant le type d'analyses statistiques effectuées, il n'est pas possible d'établir une relation de cause à effet entre le programme et les améliorations observées au niveau des buts et de la dépression. Néanmoins, comme il a été démontré ci-haut, de meilleures habiletés dans la réalisation des buts personnels sont associées à un faible niveau de dépression. Il est donc possible que les participants aient acquis ces habiletés en suivant le programme Gestion des buts

personnels et que l'amélioration de leur niveau de dépression y soit reliée. D'ailleurs, des études antérieures ont mis en évidence l'efficacité du programme pour améliorer le bien-être chez de jeunes retraitées (Dubé, Bouffard, Lapierre, & Alain, 2005; Dubé, Lapierre, Bouffard, & Alain, 2007). Les résultats significatifs observés dans la présente étude pourraient donc être attribuables au programme dans son ensemble. De plus, malgré le très petit échantillon (N=19), des résultats significatifs sont ressortis, ce qui souligne l'importance de poursuivre les recherches dans ce domaine.

Forces et faiblesses de l'étude

Cette étude comporte plusieurs limites. D'abord, le BDI-II était utilisé lors de l'entrevue permettant d'identifier si les personnes âgées répondaient aux critères de sélection relatifs à la dépression, alors que l'ÉDG était complété seulement après l'annonce de l'éligibilité au programme. Il se peut que les participants aient répondu avec une attitude plus positive et un soulagement à cette deuxième échelle, car ils avaient déjà appris qu'ils étaient sélectionnés pour le programme. Lors des prochaines études, il pourrait être pertinent de faire remplir tous les questionnaires au participant lors du prétest avant de lui signifier son acceptation au programme. Ensuite, l'étude ne comportant pas de groupe contrôle, ce devis ne permet pas d'affirmer que l'amélioration des habiletés des participants à identifier et réaliser leurs buts ainsi que la diminution de la sévérité de leur dépression provient de l'effet du programme Gestion des buts personnels. De plus, le devis ne comprenait pas non plus de groupe qui ne bénéficiait que de « rencontres de groupe » non centrées sur les buts, ce qui aurait pu permettre

d'éliminer l'effet du soutien social dans l'amélioration de la dépression. Par ailleurs, la même animatrice a animé tous les groupes, ce qui ne permet pas de voir si l'effet est attribuable au programme ou à ses habiletés d'animation. Ainsi, l'ajout d'un groupe contrôle serait de mise, ainsi que le contrôle des variables confondantes (p.ex., différents animateurs), afin de s'assurer que le progrès des participants est attribuable uniquement au programme.

Cette étude comporte également plusieurs forces. Malgré un petit échantillon, les résultats sont significatifs. De plus, ces résultats vont dans le même sens que les études antérieures, confirmant les liens observés entre le développement des habiletés de réalisation des buts et la diminution de la dépression. Bien qu'aucun lien de cause à effet ne puisse être établi, les participants qui ont complété le programme Gestion des buts personnels ont vu leur niveau de dépression diminuer de manière significative à la fin du programme, en comparaison avec le début.

Il faut aussi rappeler que le programme vise à apprendre une démarche de réalisation des buts personnels, c'est-à-dire apprendre à planifier un but, se mettre en action, affronter les obstacles, trouver la motivation nécessaire pour persévérer, prendre conscience de ses forces et de ses difficultés afin de les utiliser à bon escient, etc. Le programme implique également une dynamique de groupe. Il permet aux participants de rencontrer d'autres individus aux prises avec une problématique similaire et d'échanger sur le sujet, les amenant ainsi à voir qu'ils ne sont pas les seuls aux prises avec ce genre

de difficultés. Ainsi, le programme brise l'isolement et contribue probablement à diminuer la culpabilité et la tension ressenties. Le programme inclut aussi l'apprentissage d'une approche cognitive en favorisant un questionnement sur les pensées irrationnelles (ou idées nuisibles); en ce sens, il amène les participants à remettre en question leurs réactions et à être davantage à l'écoute de soi.

Développement futur

La recherche dans ce domaine est prometteuse. Compte tenu du lien observé entre les buts personnels et la dépression dans la présente recherche ainsi que dans les études antérieures, il apparaît pertinent de poursuivre les recherches portant sur l'intervention dans ce domaine. Face à certaines particularités observées chez les participants souffrant de maladies invalidantes et ceux n'en ayant pas, il pourrait être intéressant de tenir compte de ce critère lors de la création de futurs groupes et d'en faire deux groupes distincts. Le programme pourrait donc être davantage adapté à une clientèle limitée sur le plan physique en regard de maladies physiques handicapantes à différents niveaux. Il pourrait également être intéressant d'appliquer ce programme en individuel plutôt qu'en groupe et l'adapter pour une psychothérapie avec une clientèle qui vit un changement important dans ses projets de vie (p. ex., accident vasculaire cérébral, traumatisme crânien cérébral, etc.).

Finalement, des recherches ultérieures pourraient s'intéresser davantage à la pertinence ou non d'insérer des items somatiques dans les instruments de mesure

dépistant la dépression chez la clientèle âgée. Comme il a été soulevé dans cet essai, il est vrai que différentes problématiques liées aux maladies physiques, à la médication, aux deuils multiples, au trouble d'adaptation et au déficit cognitif peuvent générer des symptômes qui s'apparentent à la dépression, bien qu'il ne s'agisse pas d'une dépression. Or, comme il a également été soulevé, il n'est pas rare que la dépression chez la clientèle âgée se manifeste sous forme de symptômes physiques par la somatisation. À cet égard, il importe de bien connaître les indices expliqués dans cet essai qui permettent de différencier la dépression des différents pièges diagnostiques. Ainsi, peu importe l'instrument utilisé, le jugement clinique est de mise dans le dépistage de la dépression chez la clientèle âgée, ainsi qu'une investigation plus poussée portant sur le diagnostic différentiel.

Conclusion

L'objectif principal de ce présent essai était de vérifier si les participants qui suivent le programme Gestion des buts personnels voient une amélioration de leurs habiletés liées aux buts personnels et de leur niveau de dépression, en plus de vérifier la relation entre les buts personnels et la dépression à la suite de la participation au programme. Cet objectif supposait deux préalables. Le premier était de voir si un instrument de mesure avec symptômes somatiques, le BDI-II, est plus adéquat qu'un instrument sans symptômes somatiques, l'ÉDG, pour évaluer la dépression chez la clientèle âgée participant au programme. Le deuxième était de voir l'effet de la maladie physique sur l'évaluation de la dépression. Ces préalables conduisaient aux trois hypothèses soutenant que les participants qui suivent le programme vont voir 1) leurs habiletés liées aux buts personnels augmenter, 2) leur niveau de dépression diminuer et 3) plus ils amélioreront leurs habiletés, plus leur niveau de dépression diminuera..

À cet égard, les analyses préliminaires ont été effectuées et les hypothèses de l'étude ont été confirmées. D'abord, il a pu être observé que le BDI-II et l'ÉDG n'étaient pas équivalents, laissant entrevoir qu'ils ne reposent pas sur la même conception de la dépression. L'ÉDG semble moins sensible pour dépister les participants susceptibles de souffrir de dépression mineure ou sous clinique. Ici encore, le BDI-II semble plus pertinent pour évaluer l'amélioration de la dépression chez les participants au programme Gestion des buts personnels puisqu'il évalue de façon plus précise et

concrète des attitudes et des sentiments reliés à la réalisation des buts. Ensuite, lorsque l'échantillon total était considéré, aucun lien n'est ressorti entre le nombre de maladies invalidantes et la sévérité de la dépression. Par contre, en considérant uniquement les participants avec maladies invalidantes, plus leur nombre de maladies était élevé, plus leur niveau de dépression était élevé. Cela ne signifiait toutefois pas que les participants avec maladies invalidantes étaient plus dépressifs que ceux sans maladie.

Finalement, il a été possible de confirmer les hypothèses. En effet, les participants ayant suivi le programme présentaient une amélioration significative de leurs habiletés à réaliser leurs buts personnels ainsi qu'une diminution significative de leur niveau de dépression. De plus, un lien a pu être établi entre la présence de buts personnels des participants et l'absence de dépression. Ainsi, plus les participants améliorent leurs habiletés à réaliser des buts, plus leur niveau de dépression diminue.

En somme, malgré un petit échantillon, des résultats significatifs ont été obtenus, ce qui confirme la pertinence de poursuivre les recherches dans ce domaine. Bien que cette étude ne soit que le début d'une recherche plus large sur les effets du programme Gestion des buts personnels sur le bien-être psychologique de personnes âgées dépressives, elle débouche sur des résultats encourageants qui méritent d'être approfondis dans les recherches futures.

Références

- Alexopoulos, G. S. (2005). Depression in the elderly. *Lancet*, 365, 1961-70.
- Alexopoulos, G. S., & Apfeldorf, W. (2004). Unipolar depression. Dans S. P. Roose & H. A. Sackeim (Éds), *Late-life depression* (pp. 21-33). New York: Oxford.
- Alexopoulos, G. S., Borson, S., Cuthbert, B. N., Devanand, D. P., Mulsant, B. H., Olin, J. T., & Oslin, D. W. (2002). Assessment of late life depression. *Biological Psychiatry*, 52, 164-174.
- American Psychiatric Association (2000). *DSM-IV-TR : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4^e Éd.). Washington, DC: Auteur.
- Anderson, R. J., Goddard, L., & Powell, J. H. (2011). Social problem-solving and depressive symptom vulnerability: The importance of real-life problem-solving performance. *Cognitive Therapy and Research*, 35, 48-56.
- Arcand, M., & Hébert, R. (2007). *Précis pratique de gériatrie*. Paris : Edisem.
- Areán, P. A., Raue, P., Mackin, S., Kanellopoulos, D., McCulloch, C., & Alexopoulos, G. S. (2010). Problem-solving therapy and supportive therapy in older adults with major depression and executive dysfunction. *American Journal of Psychiatry*, 167, 1391-1398.
- Aubin-Brunet, V., & Jouvent, R. (1996). Méthodologies d'évaluation de la dépression chez l'âge. Dans T. Lemperière (Éd), *Les dépressions du sujet âgé* (pp. 43-70). Paris : Masson.
- Austin, J. T., & Vancouver, J. B. (1996). Goal constructs in psychology: Structure, process, and content. *Psychological Bulletin*, 120, 338-375.
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1993). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. Dans P. B. Baltes & M. M. Baltes (Éds), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences* (pp. 1-34). New York: Cambridge University Press.

- Bauer, M. S., & McBride, L. (2001). *Thérapie de groupe pour le trouble bipolaire : Une approche structurée – Le programme d'objectifs personnels*. Paris : Médecine & Hygiène.
- Beattie, E., Pachana, N. A., & Franklin, S. J. (2010). Double jeopardy: Comorbid anxiety and depression in late life. *Gerontological Nursing*, 3, 209-220.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Inventaire de dépression de Beck, manuel* (2^e Éd.). Toronto: The Psychological Corporation.
- Blazer, D. G. (1993). *Depression in late life*. St-Louis: Mosby.
- Blazer, D. G. (2002). Epidemiology of depression: Prevalence and incidence. Dans J. R. M. Copeland, M. T. Abou-Saleh, & D. G. Blazer (Éds), *Principles and practice of geriatric psychiatry* (2^e éd., pp. 389-391). Londres: John Wiley and Sons Ltd.
- Blazer, D. G. (2003). Depression in late life: Review and commentary. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 58a, 249-265.
- Blazer, D. G. (2005). Depression and social support in late life: A clear but not obvious relationship. *Aging & Mental Health*, 9, 497-499.
- Blazer, D., Burton, M. B., Cleveland, W. P., Damon, W. W., Dellinger, D. C., Erickson, D. G., et al. (1978). *Multidimensional functional assessment: The OARS methodology, a manual* (2nd ed.). Durham, NC: The Duke University Center for the Study of Aging and Human Development.
- Blazer, D. G., & Hybels, C. F. (2004). What symptoms of depression predict mortality in community-dwelling elders? *Journal of The American Geriatrics Society*, 52, 2052-2056.
- Blazer, D. G., & Hybels, C. F. (2005). Origins of depression in later life. *Psychological Medicine*, 35, 1241-1252.
- Bouffard, L. (2000). Nouvelles interventions basées sur l'approche des buts personnels. *Revue québécoise de psychologie*, 21, 101-113.
- Bouffard, L., Bastin, É., Lapierre, S., & Dubé, M. (2001). La gestion des buts personnels : un apprentissage significatif pour les étudiants universitaires. *Revue des sciences de l'éducation*, 27, 503-522.
- Bouffard, L., & Dubé, M. (2011). Regret de vivre et effroi de mourir : Essai sur le quatrième âge. *Revue québécoise de psychologie*, 32, 157-179.

- Bouffard, L., Dubé, M., Lapierre, S., Bastin, E. (1996). Le bien-être psychologique des personnes âgées par la poursuite des buts personnels. *Revue québécoise de psychologie*, 17, 115-135.
- Bouffard, L., Lapierre, S., & Dubé, M. (2004). *Processus de réalisation des buts*. Document inédit, Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières, QC.
- Bouvard, M., & Cottraux, J. (2002). *Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie* (3^e éd.). Issy-les-Moulineaux : Masson.
- Boyles, L. L., Porsteinsson, A. P., Cui, X., King, D. A., & Lyness, J. M. (2010). Depression predicts cognitive disorders in older primary care patients. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 71, 74-79.
- Brandtstädter, J., & Rothermund, K. (2002). The life-course dynamics of goal pursuit and goal adjustment: A two-process framework. *Developmental Review*, 22, 117-150.
- Bruce, M. L., McAvay, G. J., Raue, P. J., Brown, E. L., Meyers, B. S., Keohane, D., ... & Weber, C. (2002). Major depression in elderly home health care patients. *The American Journal of Psychiatry*, 159, 1367-74.
- Brunstein, J. C., Schultheiss, O. C., & Grässmann, R. (1998). Personal goals and emotional well-being: The moderating role of motive dispositions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 494-508.
- Bulut, S. (2005). Late life depression: A literature review of late-life depression and contributing factors. *Anales de psicologia*, 25, 21-26.
- Cantor, N., & Blanton, H. (1996). Effortful pursuit of personal goals in daily life. Dans P. M. Gollwitzer & J. A. Bargh (Éds), *The psychology of action: Linking cognition and motivation to behavior* (pp. 338-359). New York: The Guilford Press.
- Carr, D., House, J. S., Kessler, R. C., Nesse, R. M., Sonnega, J., & Wortman, C. (2000). Marital quality and psychological adjustment to widowhood among older adults: A longitudinal analysis. *Journal of Gerontology*, 55B, S197-S207.
- Carver, C. S. (2004). Negative affects deriving from the behavioral approach system. *Emotion*, 4, 3-22.
- Carver, C. S., & Harmon-Jones, E. (2009). Anger is an approach-related affect: Evidence and implications. *Psychological Bulletin*, 135, 183-204.

- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1998). *On the self-regulation of behavior*. New York: Cambridge University Press.
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (2008). Feedback processes in the simultaneous regulation of action and affect. Dans J. Y. Shah & W. L. Gardner (Éds), *Handbook of motivation science* (pp. 308-324). New York: The Guilford Press.
- Clayton, P. J. (2004). Bereavement and depression. Dans S. P. Roose & H. A. Sackeim (Éds), *Late-life depression* (pp. 107-114). New York: Oxford.
- Clément, J.-P., Darthout, N., & Nubukpo, P. (2006). *Guide pratique de psychogériatrie* (2^e éd.). Paris : Masson.
- Clément, J.-P., & Léger, J.-M. (1996). Clinique et épidémiologie de la dépression du sujet âgé. Dans T. Lemperière (Éd), *Les dépressions du sujet âgé* (pp. 19-30). Paris : Masson.
- Cohen, P., & Cohen, J. (2001). Life values and mental health in adolescence. Dans P. Schmuck & K. M. Sheldon (Éds), *Life goals and well-being: Towards a positive psychology of human striving* (pp. 167-181). Seattle: Hogrefe.
- Colasanti, V., Marianetti, M., Micacchi, F., Amabile, G. A., & Mina, C. (2010). Tests for the evaluation of depression in the elderly: A systematic review. *Journal of Gerontology and Geriatrics*, 50, 227-230.
- Cole, M. G., & Dendukuri, N. (2003). Risk factors for depression among elderly community subjects: A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1147-1156.
- Conrad, N., Doering, B. K., Rief, W., & Exner, C. (2010). Looking beyond the importance of life goals. The personal goal model of subjective well-being in neuropsychological rehabilitation. *Clinical Rehabilitation*, 24, 431-443.
- Conwell, Y., Duberstein, P. R., & Caine, E. D. (2002). Risk factors for suicide in later life. *Biological Psychiatry*, 52, 193-204.
- Conwell, Y., Duberstein, P. R., Cox, C., Herrmann, J., Forbes, N., & Caine, E. D. (1998). Age differences in behaviors leading to completed suicide. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 6, 122-126.
- Côté, L., Dubé, M., St-Onge, M., & Beauregard, L. (2011). *Helping persons with Usher Syndrome Type II adapt to deafblindness: An intervention program centers on the management of personal goals*. Manuscrit soumis pour publication.

- Danish, S. J. (1997). Going for the goal: A life skills program for adolescents. Dans G. W. Albee & T. P. Gullota (Éds.), *Primary prevention works* (pp. 291- 312). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). Facilitating optimal motivation and psychological well-being across life's domains. *Canadian Psychology*, 49, 14-23.
- Dick L. P., & Gallagher-Thompson, D. (1996). Late-life depression. Dans M. Hersen & V.B. Van Hasselt (Éds), *Psychological Treatment of Older Adults* (pp. 181-208). New York: Plenum Press.
- Dickson, J. M., & MacLeod, A. K. (2004). Anxiety, depression and approach and avoidance goals. *Cognition and Emotion*, 18, 423-430.
- Dickson, J. M., & MacLeod, A. K. (2006). Dysphoric adolescents' causal explanations and expectancies for approach and avoidance goals. *Journal of Adolescence*, 29, 177-191.
- Dickson, J. M., & Moberly, N. J. (2010). Depression, anxiety, and reduced facilitation in adolescents' personal goal systems. *Cognitive Therapy and Research*, 34, 576-581.
- Dubé, M., Bouffard, L., & Lapierre, S. (2005). *L'adaptation à différentes situations de crise ou transitions de vie par la gestion des buts personnels. Guide d'animation*. Document inédit, Laboratoire de gérontologie, Université du Québec à Trois-Rivières, QC.
- Dubé, M., Bouffard, L., Lapierre, S., & Alain, M. (2003). Actualisation du potentiel, buts personnels et bien-être psychologique chez les jeunes retraités. *Interactions*, 7, 71-88.
- Dubé, M., Bouffard, L., Lapierre, S., & Alain, M. (2005). La santé mentale par la gestion des projets personnels : une intervention auprès de jeunes retraités. *Santé mentale au Québec*, 2, 9-36.
- Dubé, M., Lapierre, S., Bouffard, L., & Alain, M. (2002). Gestion des buts personnels et développement du potentiel chez les jeunes retraités : un programme d'intervention. *Vie et vieillissement*, 1, 59-65.
- Dubé, M., Lapierre, S., Bouffard, L., Alain, M. (2007). Impact of a personal goals management program on the subjective well-being of young retirees. *European Review of Applied Psychology*, 57, 183-192.

- Dubé, M., Lapierre, S., Bouffard, L., & Alain, M. (2011). L'amélioration des capacités de résilience chez l'adulte par la réalisation de projets personnels. *Bulletin de psychologie*, 63, 435-440.
- Dubé, M., Lapierre, S., Bouffard, L., & Labelle, R. (2000). Le bien-être psychologique par la gestion des buts personnels : Une intervention de groupe auprès des retraités. *Revue québécoise de psychologie*, 21, 255-280.
- D'Zurilla, T. J., & Chang, E. C. (1995). The relations between social problem solving and coping. *Cognitive Therapy and Research*, 19, 547-562.
- D'Zurilla, T. J., & Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126.
- D'Zurilla, T. J., & Nezu, A. M. (2007). *Problem-solving therapy: A positive approach to clinical intervention*. New York: Springer Publishing Company.
- Elliot, A. J., & Friedman, R. (2007). Approach-Avoidance: A central characteristic of personal goals. Dans B. R. Little, K. Salmela-Aro, & S. D. Phillips (Éds), *Personal project pursuit: Goals, action and human flourishing* (pp. 97-118). Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.
- Elliot, A. J., Sheldon, K. M., & Church, M. A. (1997). Avoidance personal goals and subjective well-being. *Society for Personality and Social Psychology*, 23, 915-927.
- Emmons, R. A. (1996). Striving and feeling: Personal goals and subjective well-being. Dans P. M. Gollwitzer & J. A. Bargh (Éds.), *The psychology of action: Linking cognition and motivation to behavior* (pp. 313-337). New York: The Guilford Press.
- Emmons, R. A. (2003). *The psychology of ultimate concerns: Motivation and spirituality in personality*. New York: The Guilford Press.
- Emmons, R. A. (2005). Striving for the sacred: Personal goals, life meaning, and religion. *Journal of Social Issues*, 61, 731-745.
- Emmons, R. A., & King, L. A. (1988). Conflict among personal strivings: Immediate and long-term implications for psychological and physical well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1040-1048.
- Fiske, A., Wetherell, J. L., & Gartz, M. (2009). Depression in older adults. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 363-389.

- Flett, G. L., Besser, A., Hewitt, P. L., & Davis, R. A. (2007). Perfectionism, silencing the self, and depression. *Personality and Individual Differences*, 43, 1211-1222.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & Mc Hugh, P. R. (1975). Mini-Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.
- Gallo, J. J., & Rabins, P. V. (1999). Depression without sadness: Alternative presentations of depression in late-life. *American Family Physician*, 60, 820-826.
- Geerlings, S. W., Twisk, J. W., Beekman, A. T., Deeg, D. J., & van Tilburg, W. (2002). Longitudinal relationship between pain and depression in older adults: Sex, age and physical disability. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 23-30.
- Geiselmann, B., & Bauer, M. (2000). Subthreshold depression in the elderly: Qualitative or quantitative distinction? *Comprehensive Psychiatry*, 41, 32-38.
- Gerety, M. B., Williams, J. W., Mulrow, C. D., Cornell, J. E., Kadri, A. A., Rosenberg, J., ... & Long, M. (1994). Performance of case-finding tools for depression in the nursing home: Influence of clinical and functional characteristics and selection of optimal threshold scores. *Journal of the American Geriatrics Society*, 42, 1103-1109.
- Hadley, S. A., & MacLeod, A. K. (2010). Conditional goal-setting, personal goals and hopelessness about the future. *Cognition and Emotion*, 24, 1191-1198.
- Harris, Y., & Cooper, J. K. (2006). Depressive symptoms in older people predict nursing home admission. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54, 593-597.
- Hébert, R., Bravo, G., & Girouard, D. (1992). Validation de l'adaptation française du Modified Mini-mental State (3MS). *Revue de gériatrie*, 17, 443-450.
- Holley, C., Murrell, S. A., & Mast, B. T. (2006). Psychosocial and vascular risk factors for depression in the elderly. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 84-90.
- Holmes, A. J., & Pizzagalli, D. A. (2008). Spatiotemporal dynamics of error processing dysfunctions in major depressive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 65, 179-188.
- Horowitz, M. J., Siegel, B., Holan, A., Bonanno, G. A. (1997). Diagnostic criteria for complicated grief disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 154, 904-910.

- Hybels, C. F., Pieper, C. F., & Blazer, D. G. (2009). The complex relationship between depressive symptoms and functional limitations in community-dwelling older adults: The impact of subthreshold depression. *Psychological Medicine*, 39, 1677-1688.
- Jefferson, A. L., Powers, D. V., & Pope, M. (2000). Beck Depression Inventory-II (BDI-II) and the Geriatric Depression Scale (GDS). *Clinical Gerontologist*, 22(3-4), 3-12.
- Johnson, S. L., Carver, C. S., & Fulford, D. (2010). Goal dysregulation in the affective disorders. Dans A. M. Kring & D. M. Sloan (Éds), *Emotion regulation and psychopathology* (pp. 204-228). New York: The Guilford Press.
- Karel, M. J., Ogland-Hand, S., & Gatz, M. (2002). *Assessing and treating late-life depression: A casebook and resource guide*. New York: Basic Books.
- Karoly, P. (1993). Goal systems: An organizing framework for clinical assessment and treatment planning. *Psychological Assessment*, 5, 273-280.
- Katon, W. J., Lin, E., Russo, J., & Unützer, J. (2003). Increased medical costs of a population-based sample of depressed elderly patients. *Archives of General Psychiatry*, 60, 897-903.
- Katon, W., Sullivan, M., Walker, E. (2001). Medical symptoms without identified pathology: Relationship to psychiatric disorders, childhood and adult trauma and personality traits. *Annals of Internal Medicine*, 134, 917-925.
- Kelly, R. E., Mansell, W., & Wood, A. M. (2011). Goal conflict and ambivalence interact to predict depression. *Personality and Individual Differences*, 50, 531-534.
- Knaüper, B., & Wittchen, H.-U. (1994). Diagnosing major depression in the elderly: Evidence for response bias in standardized diagnostic interviews? *Journal of Psychiatric Research*, 28, 147-164.
- Koenig, H. G., & Blazer, D. G. (2007). Mood disorders. Dans D. G. Blazer, D. C. Steffens, & E. W. Busse (Éds), *Essentials of geriatric psychiatry* (pp. 145-176). Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Koenig, H. G., George, L. K., Peterson, B. L., & Pieper, C. F. (1997). Depression in medically ill hospitalized older adults: Prevalence, characteristics, and course of symptoms according to six diagnostic schemes. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1376-1383.

- Koestner, R., Lekes, N., Powers, T. A., & Chicoine, E. (2002). Attaining personal goals: Self-concordance plus implementation intentions equals success. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83, 231-244.
- Kököneyi, G., Reinhardt, M., Pajkossy, P., Kiss, B., & Demetrovics, Z. (2008). Characteristics of personal strivings and their relationship with life satisfaction. *Cognition, Brain, & Behavior*, 12, 409-433.
- Kumar, A., Lavretsky, H., & Elderkin-Thompson, V. (2004). Nonmajor clinically significant depression in the elderly. Dans S. P. Roose & H. A. Sackeim (Éds), *Late-life depression* (pp. 64-80). New York: Oxford.
- Lapierre, S., Bouffard, L., Dubé, M., Labelle, R., & Bastin É. (2001). Aspirations and well-being in old age. Dans P. Schmuck & K. M. Sheldon (Éds.), *Life goals and well-being: Toward a positive psychology of human striving* (pp. 102-115). Toronto: Hogrefe & Huber.
- Lapierre, S., Dubé, M., Bouffard, L., & Alain, M. (2007). Addressing suicidal ideations through the realization of meaningful personal goals. *Crisis*, 28, 16-25.
- Lavretsky, H., & Kumar, A. (2002). Clinically significant non-major depression: Old concepts, new insights. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 10, 239-255.
- Lavretsky, H., & Small, G. W. (2004). Mixed cognitive and depressive syndromes. Dans S. P. Roose & H. A. Sackeim (Éds), *Late-life depression* (pp. 81-94). New York: Oxford.
- Lebowitz, B. D., & Olin, J. T. (2004). The social and financial burden of late life depression to society and individuals. Dans S. P. Roose & H. A. Sackheim (Éds), *Late-life depression* (pp. 12-16). New York: Oxford University Press.
- Lecci, L., Karoly, P., Briggs, C., & Kuhn, K. (1994). Specificity and generality of motivational components in depression: A personal projects analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 404-408.
- Lefrançois, R., Leclerc, G., & Poulin, N. (1995). Étude de fiabilité de la version française du MFAQ (santé physique). *Canadian Journal of Aging*, 14, 525-535.
- Lisota, R. D. (2007). Vascular conditions, risk factors and depression chronicity in late-onset major depression. Thèse de doctorat inédite, Utah State University.
- Little, B. R. (1983). Personal projects: A rationale and method for investigation. *Environment and Behavior*, 15, 273-309.

- Little, B. R. (2006). Personality science and self-regulation: Personal projects as integrative units. *Applied Psychology: An International Review*, 55, 419-427.
- Little, B. R. (2007). Prompt and circumstance: The generative contexts of personal projects analysis. Dans B. R. Little, K. Salmela-Aro, & S. D. Phillips (Éds), *Personal project pursuit: Goals, action and human flourishing* (pp. 3-49). Manhaw: Lawrence Erlbaum Associates.
- Little, B. R., & Gee, T. L. (2007). The methodology of personal projects analysis: Four modules and a funnel. Dans B. R. Little, K. Salmela-Aro, & S. D. Phillips (Éds), *Personal project pursuit: Goals, action and human flourishing* (pp. 51-93). Manhaw: Lawrence Erlbaum Associates.
- Lôo, H., & Gallarda, T. (2000). *Troubles dépressifs et personnes âgées*. Paris : John Libbey Eurotext.
- Manthorpe, J., & Iliffe, S. (2005). *Depression in later life*. Philadelphie: Jessica Kingsley.
- Margiotta, D. T. (2006). *Existential themes in late life depression* (Thèse de doctorat inédite). Colorado School of Professional Psychology, États-Unis.
- Meeks, T. W., Vahia, I. V., Lavretsky, H., Kulkarni, G., & Jeste, D. V., (2011). A tune in "a minor" can "b major": A review of epidemiology, illness course, and public health implications of subthreshold depression in older adults. *Journal of Affective Disorders*, 129, 126-142.
- Melges, F. T., & Bowlby, J. (1969). Types of hopelessness in psychopathological process. *Archives of General Psychiatry*, 20, 690-699.
- Michalak, J., & Holtforth, M. G. (2006). Where do we go from here? The goal perspective in psychotherapy. *Clinical psychology: Science and Practice*, 13, 346-365.
- Murray, L. L. (2010). Distinguishing clinical depression from early Alzheimer's disease in elderly people: Can narrative analysis help? *Aphasiology*, 24, 928-939.
- Navratil, F. & Lapierre, S. (2009). La réorientation des buts après un divorce au mitan de la vie. *Revue québécoise de psychologie*, 30, 71-91.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., & Clark, M. A. (2008). Social problem solving as a risk factor for depression. Dans K. S. Dobson & D. J. Dozois (Éds), *Risk factors in depression* (pp. 263-286). San Diego: Elsevier Academic Press.

- Nezu, A. M., Nezu, C. M., & Perri, M. G. (1989). *Problem-solving therapy for depression: Theory, research, and clinical guidelines*. Toronto: Wiley.
- Norris, M. P., Arnau, R. C., Bramson, R., & Meager, M. W. (2004). The efficacy of somatic symptoms in assessing depression in older primary care patients. *Clinical Gerontologist*, 27, 43-57.
- Norton, M. C., Skoog, I., Toone, L., Corcoran, C., Tschanz, J. T., Lisota, R. D., ... Steffens, D. C. (2006). Three-year incidence of first-onset depressive syndrome in a population samples of older adults: The Cache County Study. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 238-245.
- Payeur, F. (2011). La mortalité et l'espérance de vie au Québec, 2010 et tendance récente. *Institut de la statistique du Québec*. Document consulté le 11 novembre 2011 de http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/demograp/pdf2011/coupdoeil_sociodemo_n011.pdf
- Pellerin, J. (1996). Les dépressions du sujet âgé et la question du vieillissement. Dans T. Lemperière (Éd), *Les dépressions du sujet âgé* (pp. 5-18). Paris : Masson.
- Pigeon, W. R., Hegel, M., Unutzer, J., Fan, M. Y., Sateia, M. J., Lyness, J. M., ... & Perlis, M. L. (2008). Is insomnia a perpetuating factor for late-life depression in the IMPACT cohort? *Sleep*, 31, 481-488.
- Plante, G. E. (2005). Depression and cardiovascular disease: A reciprocal relationship. *Metabolism Clinical and Experimental*, 54, 45-58.
- Préville, M., Boyer, R., Grenier, S., Dubé, M., Voyer, P., Punti, R., ... & Brassard, J. (2008). The epidemiology of psychiatric disorders in Quebec's older adult population. *La Revue canadienne de psychiatrie*, 53, 822-832.
- Prigerson, H. G., Shear, M. K., Jacobs, S. C., Reynolds III, C. F., Maciejewski, P. K., Davidson, J. R., ..., Zisook, S. (1999). Consensus criteria for traumatic grief: A preliminary empirical test. *The British Journal of Psychiatry*, 174, 67-73.
- Ranga, K., & Krishnan, R. (2004). Late-life depression and the vascular hypothesis. Dans S. P. Roose & H. A. Sackeim (Éds), *Late-life depression* (pp. 148-156). New York : Oxford University Press.
- Régie des rentes du Québec (2006). L'âge de la retraite – À quel âge les Québécois prennent-ils leur retraite? Document consulté le 11 novembre 2011 de http://www.rrq.gouv.qc.ca/fr/services/depeches/expertise_retraite/edition_11/age_retraite/Pages/age_retraite.aspx

- Rinaldi, P., Mecocci, P., Benedetti, C., Ercolani, S., Bregnocchi, M., Menculini, G., Catani, M., Senin, U., & Cherubini, A. (2003). Validation of the five-item geriatric depression scale in elderly subjects in three different settings. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51, 694-698.
- Rivest, L., Dubé, M., & Dubé, C. (2009). Effets du programme *Gestion des buts personnels* sur la santé mentale de femmes victimes d'agression à caractère sexuel. *Revue québécoise de psychologie*, 30, 93-111.
- Roberts, R. E., Shema, S. J., Kaplan, G. A., & Strawbridge, W. J. (2000). Sleep complaints and depression in an aging cohort: A prospective perspective. *The American Journal of Psychiatry*, 157, 81-88.
- Romanelli, J., Fauerbach, J. A., Bush, D. E., & Ziegelstein, R. C. (2002). The significance of depression in older patients after myocardial infarction. *Journal of The American Geriatrics Society*, 50, 817-822.
- Roose, S. P., & Sackeim, H. A. (2004). Introduction. Dans S. P. Roose & H. A. Sackeim (Éds), *Late-life depression* (pp. 148-156). New York: Oxford University Press.
- Rosenzweig, A., Prigerson, H., Miller, M., & Reynolds III, C. F. (1997). Bereavement and late-life depression: Grief and its complications in the elderly. *Annual Review of Medicine*, 48, 421-28.
- Rothbaum, F., Morling, B., & Rusk, N. (2009). How goals and beliefs lead people into and out of depression. *Review of General Psychology*, 13, 302-314.
- Rothermund, K., & Brandtstädter, J. (2003). Depression in later life: Cross-sequential patterns and possible determinants. *Psychology and Aging*, 18, 80-90.
- Rumsfeld, J. S., Jones, P. G., Whooley, M. A., Sullivan, M. D., Pitt, B., Weintraub, W. S., & Spertus, J. A. (2005). Depression predicts mortality and hospitalization in patients with myocardial infarction complicated by heart failure. *American Heart Journal*, 150, 961-967.
- Sahakian, B. J. (1991). Depressive pseudodementia in the elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 6, 453-458.
- Salmela-Aro, K., Näätänen, P., & Nurmi, J. E. (2000). L'examen des projets personnels au cours d'une psychothérapie destinée aux personnes souffrant d'épuisement professionnel. *Revue québécoise de psychologie*, 21, 191-218.

- Salmela-Aro, K., Näätänen, P., & Nurmi, J. E. (2004). The role of work-related personal projects during two burnout interventions: A longitudinal study. *Work & Stress*, 18, 208-230.
- Salmela-Aro, K., & Nurmi, J. E. (1996). Uncertainty and confidence in interpersonal projects: Consequences for social relationships and well-being. *Journal of Social and Personal Relationships*, 13, 109-122.
- Salmela-Aro, K., & Nurmi, J. E. (1997). Goal contents, well-being, and life context during transition to university: A longitudinal study. *International Journal of Behavioral Development*, 20, 471-491.
- Schneider, L. S., & Olin, J. T. (1995). Efficacy of acute treatment for geriatric depression. *International Psychogeriatrics*, 7, 7-25.
- Schoevers, R. A., Beekman, A. T., Deeg, D. J., Jonker, C., & van Tilburg, W. (2003). Comorbidity and risk-patterns of depression, generalized anxiety disorder and mixed anxiety-depression in later life: Results from the AMSTEL study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 994-1001.
- Segal, D. L., Coolidge, F. L., Cahill, B. S., & O'Riley, A. A. (2008). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II (BDI-II) among community-dwelling older adults. *Behavior Modification*, 32, 3-20.
- Segal, D. L., Qualls, S. H., & Smyer, M. A. (2011) *Aging and Mental Health* (2 éd.). Malden: Wiley-Blackwell.
- Sheikh, J. I., & Yesavage, J. A. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist: The Journal of Aging and Mental Health*, 5, 165-173.
- Sheldon, K. M., Kasser, T., Smith, K., & Share, T. (2002). Personal goals and psychological growth: Testing an intervention to enhance goal attainment and personality integration. *Journal of Personality*, 70, 5-31.
- Statistique Canada (2008). Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Troubles de l'humeur 2008. Document consulté le 9 mai 2011 de <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-625-x/2010001/article/11107-fra.htm>
- Steunenberg, B., Beekman, A. T. H., Deeg, D. J. H., & Kerkhof, A. J. F. M. (2006). Personality and the onset of depression in late life. *Journal of Affective Disorders*, 92, 243-251.

- St-Laurent, D., & Bouchard, C. (2004). L'épidémiologie du suicide au Québec : que savons-nous de la situation récente ? *Institut national de santé publique du Québec*. Document consulté le 11 novembre 2011 de <http://www.inspq.qc.ca>
- Stoudemire, A., & Blazer, D. G. (1985). Depression in the elderly. Dans E. E. Beckham & W. R. Leber (Éds), *Handbook of depression* (pp. 556-586). Homewood: The Dorsey Press.
- Takeda, M., & Tanaka, T. (2010). Depression in the elderly. *Geriatrics Gerontology International*, 10, 277-279.
- Thompson, L. W., Tang, P. C., Mario, J. D., Cusing, M., & Gallagher-Thompson, D. (2007). Bereavement and adjustment disorders. Dans D. G. Blazer, D. C. Steffens, & E. W. Busse (Éds), *Essentials of geriatric psychiatry* (pp. 219-237). Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Vanderhorst, R. K., & McLaren, S. (2005). Social relationships as predictors of depression and suicidal ideation in older adults. *Aging & Mental Health*, 9, 517-525.
- van Gool, C. H., Kempen, G. I., Penninx, B. W., Deeg, D. J., Beekman, A. T., & van Eijk, J. T. (2005). Impact of depression on disablement in late middle aged and older persons: Results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *Social Science & Medicine*, 60, 25-36.
- Vincent, P. J., Boddana, P., & MacLeod, A. K. (2004). Positive life goals and plans in parasuicide. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 90-99.
- Wells, C. E. (1979). Pseudodementia. *American Journal of Psychiatry*, 136, 895-900.
- Wiese, B. S. (2007). Successful pursuit of personal goals and subjective well-being. Dans S. P. Roose & H. A. Sackeim (Éds), *Late-life depression* (pp. 301-328). New York: Oxford University Press.
- Yalom, I. D. (1980). *Existential psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Yousef, G., Ryan, W. J., Lambert, T., Pitt, B., & Kellett, J. (1998). A preliminary report: A new scale to identify the pseudodementia syndrome. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 13, 389-399.

- Zisook, S., Shuchter, S. R., & Sledge, P. (1994). Diagnosis and treatment considerations in depression associated with late-life bereavement. Dans L. S. Schneider, C F. Reynolds, B. D. Lebowitz, & A. J. Friedhoff (Éds), *Diagnosis and treatment of depression in late life* (pp. 419-436). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Zung, W. W. K. (1980). Affective disorders. In E.W. Busse & D.G. Blazer (Éds), *Handbook of geriatric psychiatry* (pp. 338-367). New York: Van Nostran.

Appendice A
Échelle de dépression gériatrique

Échelle de dépression gériatrique
Sheikh et Yesavage (1986, adaptation de la traduction de Yves Lacasse¹)

Entourez la réponse exprimant le mieux comment vous vous sentiez au cours de la dernière semaine (7 derniers jours).

- | | | |
|---|------------|------------|
| 1. Êtes-vous satisfait(e) de votre vie ? | Oui | Non |
| 2. Avez-vous laissé tomber plusieurs de vos activités et intérêts? | Oui | Non |
| 3. Sentez-vous que votre vie est vide ? | Oui | Non |
| 4. Vous ennuyez-vous souvent? | Oui | Non |
| 5. Êtes-vous de bonne humeur la plupart du temps? | Oui | Non |
| 6. Avez-vous peur qu'un malheur vous arrive ? | Oui | Non |
| 7. Vous sentez-vous heureux(se) la plupart du temps? | Oui | Non |
| 8. Vous sentez-vous souvent impuissant(e)? | Oui | Non |
| 9. Préférez-vous rester à la maison plutôt que de sortir et faire de nouvelles choses? | Oui | Non |
| 10. Avez-vous l'impression d'avoir plus de problèmes de mémoire que la majorité des gens? | Oui | Non |
| 11. Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre actuellement? | Oui | Non |
| 12. Sentez-vous que vous ne valez pas grand-chose tel que vous êtes présentement ? | Oui | Non |
| 13. Vous sentez-vous plein(e) d'énergie? | Oui | Non |
| 14. Sentez-vous que votre situation est sans espoir? | Oui | Non |
| 15. Pensez-vous que la majorité des gens sont dans une situation meilleure que la vôtre ? | Oui | Non |

¹ Voir la version canadienne-française du GDS de Yves Lacasse MD, MSc, Centre de Pneumologie Hôpital Laval 2725 Chemin Ste-Foy Ste-Foy, P. Québec, réperée de <http://www.stanford.edu/~yesavage/FrenchCan.html>

Appendice B
Questionnaire Processus de réalisation des buts

Questionnaire Processus de réalisation des buts
Bouffard, Lapierre, & Dubé (2004)

Nous vous demandons de répondre aux questions qui suivent le plus sincèrement possible. C'est ce que vous pensez ou ce que vous faites vraiment qui nous intéresse. Veuillez donc utiliser l'échelle suivante pour exprimer votre degré d'accord avec les énoncés.

1	2	3	4	5	6	7
Pas du tout d'accord	Un peu d'accord		Moyennement d'accord		Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord

1. Je caresse une foule de petits projets.	
2. Avant d'entreprendre quelque chose, j'essaie de me fixer des étapes.	
3. Je poursuis mes objectifs en utilisant des stratégies efficaces.	
4. Dans la planification de mes activités, j'essaie de prévoir les obstacles pour mieux les contourner.	
5. J'ai la tête pleine de désirs et d'aspirations.	
6. Généralement, j'essaie de prévoir à l'avance mes activités.	
7. Je mets de l'énergie dans la poursuite de mes projets.	
8. J'ai des projets qui me passionnent.	
9. Je fais des plans précis pour bien préparer ce que je veux faire.	
10. Au cours de cette période de ma vie, je réalise de petits projets qui m'intéressent.	
11. J'ai des buts ou objectifs qui représentent bien mes valeurs personnelles.	
12. Je m'efforce de planifier mes activités.	
13. J'ai confiance que je vais réaliser certains de mes projets.	
14. Dans la planification de mes activités, j'essaie de prévoir une alternative (ou une autre façon de faire) au cas où la façon adoptée ne fonctionnerait pas.	
15. J'ai des buts et des projets qui correspondent bien à la personne que je suis.	

Questionnaire Bouffard, Lapierre, & Dubé (suite)

1	2	3	4	5	6	7
Pas du tout d'accord	Un peu d'accord		Moyennement d'accord		Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord

16. J'utilise mes capacités en vue de réaliser une foule d'entreprises.	
17. Je n'ai pas d'objectifs ou de projets qui donnent du sens à ma vie.	
18. Dans la planification de mes activités, j'essaie de trouver des stratégies qui seront efficaces.	
19. Cette période de ma vie me fournit l'occasion d'effectuer de nouvelles réalisations.	
20. Je pense à une foule d'activités possibles.	
21. Généralement, je cherche activement les moyens qui m'aideront dans ce que je veux faire.	
22. Je me sens capable de faire face aux difficultés dans la poursuite de mes projets.	
23. Je n'ai pas de grands projets.	
24. J'essaie de m'organiser au lieu de laisser venir les événements.	
25. Je peux compter sur un certain soutien de la part des autres pour mener à bien mes projets.	
26. En m'éveillant le matin, je vois ma journée remplie d'activités intéressantes.	
27. J'essaie de fixer un moment précis pour commencer une nouvelle activité.	
28. Lorsque se présentent des obstacles, je révisé mes projets (je m'adapte) au besoin.	
29. J'ai en tête des buts ou objectifs stimulants.	
30. Je suis porté(e) à planifier le moment où aura lieu une activité importante pour moi.	

Appendice C

Analyses par items des résultats aux questionnaires de dépression
selon le groupe d'appartenance

Tableau 7

Comparaison de moyennes entre le prétest et le post-test pour les items du BDI-II (sous-échantillon ayant au moins une maladie invalidante, n = 8)

Variable	Prétest		Post-test		<i>T</i>
	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	
Items					
1 Tristesse	0,75	0,46	0,38	0,52	2,05
2 Pessimisme	1,25	1,17	0,75	0,89	1,18
3 Échecs dans le passé	0,50	0,93	0,38	0,74	1,00
4 Perte de plaisir	1,50	0,76	1,00	0,54	1,53
5 Sentiments de culpabilité	1,13	0,99	0,50	0,76	3,42*
6 Sentiment d’être puni(e)	0,75	1,04	0,00	0,00	2,05
7 Sentiments négatifs envers soi-même	1,00	0,93	0,38	0,52	1,67
8 Attitude critique envers soi	0,75	0,71	0,25	0,46	1,87
9 Pensées ou désirs de suicide	0,38	0,52	0,25	0,46	0,55
10 Pleurs	1,50	1,20	0,88	1,36	1,67
11 Agitation	0,88	0,64	0,25	0,46	2,38*
12 Perte d’intérêt	1,00	1,31	0,25	0,46	1,82
13 Indécision	0,88	0,84	0,50	0,54	1,16
14 Dévalorisation	0,63	1,07	0,38	0,74	1,00
15 Perte d’énergie	1,63	0,74	1,25	0,71	2,05
16 Modif. habitudes sommeil	1,50	0,93	0,75	0,71	1,66
17 Irritabilité	0,13	0,35	0,50	0,54	-2,05
18 Modif. appétit	1,25	1,39	0,75	0,46	0,94
19 Difficulté à se concentrer	0,88	0,64	0,50	0,54	1,16
20 Fatigue	2,00	0,93	1,38	1,19	1,93
21 Perte d’intérêt pour le sexe	1,00	1,41	0,75	1,39	1,00

* $p < 0,05$. ** $p < 0,01$.

Tableau 8

Comparaison de moyennes entre le prétest et le post-test pour les items de l'ÉDG (sous-échantillon ayant au moins une maladie invalidante, n = 8)

Variable	Prétest		Post-test		<i>T</i>
	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	
Items					
1 Satisfaction de vie	0,38	0,52	0,00	0,00	2,05
2 Activités et intérêts	0,50	0,54	0,50	0,54	0,00
3 Sentiment de vide	0,50	0,54	0,13	0,35	2,05
4 Ennui	0,50	0,54	0,13	0,35	2,05
5 Bonne humeur	0,13	0,35	0,00	0,00	1,00
6 Peur d'un malheur	0,63	0,52	0,38	0,52	1,53
7 Heureux	0,25	0,46	0,25	0,46	0,00
8 Impuissant	0,75	0,46	0,50	0,54	1,53
9 Sortir ou non	0,38	0,52	0,63	0,52	1,53
10 Problèmes de mémoire	0,13 ^a	0,35	0,13 ^a	0,35	-
11 Merveilleux de vivre	0,25	0,46	0,13	0,35	1,00
12 Valeur personnelle	0,25 ^a	0,46	0,25 ^a	0,46	-
13 Énergie	0,88	0,35	0,75	0,46	1,00
14 Espoir	0,25	0,46	0,13	0,35	1,00
15 Situation de vie	0,25	0,46	0,25	0,46	0,00

* $p < 0,05$. ** $p < 0,01$.

^a T ne peut être calculé car l'erreur standard de la différence est nulle.

Tableau 9

Comparaison de moyennes entre le prétest et le post-test pour les items du BDI-II (sous-échantillon sans maladie invalidante, n = 11)

Variable	Prétest		Post-test		T
	M	ÉT	M	ÉT	
Items					
1 Tristesse	1,36	0,81	0,64	0,67	3,73**
2 Pessimisme	1,18	0,75	0,82	0,98	1,08
3 Échecs dans le passé	1,09	1,14	0,55	0,82	1,15
4 Perte de plaisir	0,91	0,70	0,91	0,83	0,00
5 Sentiments de culpabilité	0,91	0,83	0,36	0,51	2,21
6 Sentiment d'être puni(e)	0,45	1,04	0,09	0,30	1,08
7 Sentiments négatifs envers soi-même	1,27	0,79	0,55	0,82	2,19
8 Attitude critique envers soi	0,73	0,65	0,64	0,92	0,29
9 Pensées ou désirs de suicide	0,55	0,52	0,55	0,93	0,00
10 Pleurs	1,36	1,12	0,45	0,93	2,89*
11 Agitation	2,18	1,08	0,73	0,91	4,66**
12 Perte d'intérêt	0,45	0,52	0,45	0,52	0,00
13 Indécision	0,91	0,83	0,55	0,69	1,31
14 Dévalorisation	0,45	0,52	0,45	0,69	0,00
15 Perte d'énergie	1,18	0,41	1,00	0,45	1,00
16 Modif. habitudes sommeil	1,27	1,10	0,82	0,75	1,00
17 Irritabilité	0,18	0,41	0,36	0,51	-1,00
18 Modif. appétit	0,91	0,94	0,91	1,22	0,00
19 Difficulté à se concentrer	1,27	0,65	1,00	1,00	0,90
20 Fatigue	1,09	0,54	0,91	0,70	0,80
21 Perte d'intérêt pour le sexe	1,45	1,37	1,18	1,40	1,94

* $p < 0,05$. ** $p < 0,01$.

Tableau 10

Comparaison de moyennes entre le prétest et le post-test pour les items de l'ÉDG (sous-échantillon sans maladie invalidante, N = 11)

Variable	Prétest		Post-test		T
	M	ET	M	ET	
Items					
1 Satisfaction de vie	0,45	0,52	0,18	0,41	1,15
2 Activités et intérêts	0,55	0,52	0,27	0,47	1,40
3 Sentiment de vide	0,73	0,47	0,36	0,51	2,39*
4 Ennui	0,64	0,51	0,45	0,52	1,00
5 Bonne humeur	0,09	0,30	0,00	0,00	1,00
6 Peur d'un malheur	0,64	0,51	0,18	0,41	2,89*
7 Heureux	0,36	0,51	0,18	0,41	1,00
8 Impuissant	0,91	0,30	0,45	0,52	2,89*
9 Sortir ou non	0,18	0,41	0,27	0,47	-0,56
10 Problèmes de mémoire	0,36	0,51	0,18	0,41	1,49
11 Merveilleux de vivre	0,18	0,41	0,18	0,41	0,00
12 Valeur personnelle	0,18	0,41	0,18	0,41	0,00
13 Énergie	0,55	0,52	0,55	0,52	0,00
14 Espoir	0,18	0,41	0,09	0,30	1,00
15 Situation de vie	0,27	0,47	0,18	0,41	1,00

* $p < 0,05$. ** $p < 0,01$.